

Stratégies pour éviter l'épuisement des infirmières en psychiatrie lors de la prise en charge des patients toxicomanes

Une revue étoffée de littérature

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par

Carine Maillard

Promotion Bachelor 2009 – 2012

Sous la direction de

Marie-Noël Quinodoz

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

2 juillet 2012

Résumé

Contexte : De nos jours, les gens et même les professionnels de la santé peuvent avoir des stéréotypes et des représentations négatives des toxicomanes. En effet, ces derniers sont encore très stigmatisés et ne reçoivent pas toujours des soins adéquats. De nombreux facteurs rendent le travail en psychiatrie difficile et stressant. Cela est encore accentué lors des prises en charge des toxicomanes en lien avec leur caractère impulsif, leur exigence et les nombreuses rechutes. Le travail en psychiatrie ainsi que les soins prodigués aux personnes dépendantes peuvent être une source de fatigue pour les infirmières. L'épuisement professionnel peut très vite s'installer.

But : Cette étude a pour objectifs de trouver des stratégies pour éviter l'épuisement professionnel des infirmières en psychiatrie lors de la prise en charge des toxicomanes en les identifiant ainsi que de proposer des perspectives et des implications pour l'avenir des soins.

Méthode : C'est une revue étoffée de littérature comprenant les résultats de douze études. Ces dernières ont été trouvées principalement sur les banques de données CINAHL et PsycInfo à l'aide de mots clés.

Résultats : Le niveau de stress chez les infirmières en psychiatrie est excessif. Un tiers du personnel soignant européen travaillant en addiction souffre d'épuisement professionnel et principalement d'épuisement émotionnel. Les facteurs de stress en psychiatrie et lors des prises en charge des toxicomanes sont nombreux. La surcharge de travail, le niveau de dotation ainsi que les relations patient-infirmière difficiles ressortent très souvent. Il existe un grand nombre de stratégies pour diminuer ce stress. La supervision, la formation et le soutien social sont de bons moyens pour lutter contre l'épuisement.

Discussion : Il est nécessaire de protéger les infirmières contre le burnout. Nous (les politiques, les directions, l'éducation) devons tous aller dans la même direction en proposant des solutions pour éviter cet épuisement. L'augmentation de la dotation, la supervision, les groupes de soutien, les programmes de sensibilisation et de gestion du stress doivent être mis en place et proposer à tous les travailleurs de santé mentale.

Mots clés : nursing, addicts, burnout, relapse, prevention, motivational interviewing.

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire Madame Marie-Noël Quinodoz pour la confiance qu'elle m'a accordé tout au long de la réalisation de ce travail ainsi que pour sa disponibilité, ses encouragements, son soutien et ses remarques constructives.

Je remercie chaleureusement Laurence Demierre pour son aide et le temps qu'elle a consacré lors de la traduction de mes articles scientifiques.

Pour terminer, j'adresse un merci tout particulier à ma sœur, Géraldine Maillard, pour sa disponibilité lors de la relecture et des corrections de ce travail ainsi que pour le soutien et les encouragements qu'elle m'a apportés pour réaliser ce travail.

Table des matières

1. Introduction	6
1.1 <i>Problématique</i>	6
1.1.1 Importance du problème	6
1.1.2 Représentations sociales	7
1.1.3 Prise en charge difficile	9
1.1.4 Ressentis des soignants	10
1.1.5 Synthèse	13
1.2 <i>Concepts et cadres de référence.....</i>	15
1.2.1 La toxicomanie	15
1.2.2 L'épuisement professionnel.....	17
1.2.3 Le soutien social	19
1.2.4 Liens entre les différents concepts	22
1.3 <i>Objectifs poursuivis et question de recherche</i>	22
2. Méthode	22
2.1 <i>Argumentation du choix du devis.....</i>	22
2.2 <i>Etapes de la revue de littérature</i>	23
2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	23
2.2.2 Les mots clés utilisés	24
2.2.3 Stratégies de recherche.....	25
2.2.4 Analyse critique et synthèse des données	26
3. Résultats	27
3.1 <i>Perceptions, attitudes, connaissances, compétences et expériences des infirmières dans la prise en charge des toxicomanes et la qualité des soins</i>	27
3.2 <i>Compétences et rôle des infirmières travaillant en toxicomanie</i>	30
3.3 <i>Stress et épuisement professionnel</i>	31
3.4 <i>Facteurs de stress.....</i>	34
3.5 <i>Modérateurs de stress et stratégies de gestion du stress</i>	37
3.6 <i>Formations / Soutien social / Supervision</i>	41
4. Discussion	45
4.1 <i>Résultats en lien avec les concepts et question de recherche</i>	45

4.1.1 Perceptions, attitudes, connaissances, compétences et expériences des infirmières dans la prise en charge des toxicomanes et la qualité des soins	45
4.1.2 Compétences et rôle des infirmières travaillant en toxicomanie	47
4.1.3 Stress et épuisement professionnel	48
4.1.4 Facteurs de stress	50
4.1.5 Modérateurs de stress et stratégies de gestion du stress.....	51
4.1.6 Formation / Soutien social / Supervision	53
4.2 Perspectives et implications pour la recherche et la pratique professionnelle / Recommandations pour l'avenir	54
4.3 Limites et critiques	56
4.3.1 Limites et critiques des études retenues.....	56
4.3.2 Limites et critiques de cette revue étoffée de littérature	56
5. Conclusion	58
6. Bibliographie	60
7. Annexes	65
7.1 Déclaration d'authenticité.....	65
7.2 Maslach Burnout Inventory	66
7.3 Grilles d'analyse des articles scientifiques.....	68

1. Introduction

Depuis toujours, les toxicomanes sont stigmatisés et sont considérés comme « tous pareils ». Les gens en ont souvent peur et les jugent sans connaître la personne qui se cache sous la dépendance. On imagine souvent le toxicomane comme une personne ne travaillant pas, qui profite de la société, qui a une mauvaise hygiène corporelle, qui pose des problèmes, qui manipule et surtout qui n'a aucune volonté pour s'en sortir. A la suite d'une expérience de stage et de la lecture du livre du Dr. Gabor Maté (2009), mes représentations sur cette population se sont modifiées et j¹ai découvert que « derrière la dépendance » se cachaient des personnes fascinantes avec des histoires de vie souvent incroyables. Cependant, je me suis aussi rendue compte que la prise en charge de cette population particulière était difficile et que les soignants pouvaient rapidement se fatiguer. A partir de là, je me suis posée certaines questions : Pourquoi la prise en charge des toxicomanes est-elle si particulière et difficile ? Pour quelles raisons les soignants se sentent-ils fatigués et frustrés de soigner cette population ? Y a-t-il un processus à comprendre ou des choses à améliorer ? C'est en me posant toutes ces questions que mon intérêt pour la toxicomanie et les soins infirmiers s'est développé et que le sujet de ce travail à émergé en lien avec ma « passion » pour les dépendances et mon envi de travailler étroitement avec les toxicomanes.

1.1 Problématique

1.1.1 Importance du problème

Selon l'Observatoire des drogues et des toxicomanies (OEDT), nous recensons en 2007 à 1.5 millions le nombre de personnes ayant un problème avec la consommation d'opiacé dans l'Union Européenne et à environ 4.5 millions les gens ayant consommé de la cocaïne au cours de la dernière année. En Suisse,

¹ Dans ce paragraphe le « je » est utilisé afin de préciser l'émergence de mon intérêt pour cette thématique et pour la réalisation de ce travail.

le nombre de personnes dépendantes aux drogues illicites est estimé à 30'000 et cela entraîne un coût social de 4.1 milliards de franc suisse en lien avec la consommation (Carruzzo et al., 2008). Dans le canton de Fribourg, 1'400 personnes sont dépendantes à diverses drogues et nous observons une augmentation de la consommation de produits prohibés chez la population jeune avec un taux de 9.3 % des personnes entre 13 et 29 ans qui consomment quotidiennement du cannabis (La Liberté, 2011). Selon l'OMS, l'usage de drogue est un problème de santé publique grave amenant de nombreuses conséquences sur le développement et la sécurité. On estime, à l'échelle mondiale, que plus de 205 millions de personnes abusent de substances illicites et que 25 millions de personnes sont dépendantes. L'OMS mentionne aussi le fait que l'usage de drogues est l'un des principaux facteurs de risque sanitaire à l'échelle mondiale. De plus, la consommation de drogue amène un risque accru concernant la survenue d'autres problèmes de santé tels que le sida, l'hépatite, la tuberculose, le suicide, l'overdose et les maladies cardiovasculaires.

Pour terminer, la disponibilité de la drogue a augmenté et par conséquent la consommation aussi (McLaughlin et al., 2000 et McElrath, 2002, cité par McLaughlin et al., 2006). Ce phénomène a pour effet une augmentation significative du nombre de patients toxicomanes dans les hôpitaux (Ben Natan et al., 2009). De plus, il faut savoir que 80% des patients hospitalisés en milieux psychiatriques ont un problème avec la consommation de substances (Drake et al., 1993 et Baigent et al., 1995, cité par Happell et al., 2002).

1.1.2 Représentations sociales

Comme nous l'avons vu ci-dessus, de nos jours, la consommation de drogue occupe une place importante. En effet, il y a une augmentation constante des problèmes médicopsychosociaux liés à l'utilisation problématique de psychotropes (Carruzzo et al., 2008). La toxicomanie est un problème social et politique qui entraîne énormément de représentations négatives, de préjugés et de concepts idéologiques (Marc & Simon, 2002).

Dans leur ouvrage, Marc et Simon (2002) mentionnent que les toxicomanes ont longtemps été considérés (et le sont toujours) comme des personnes perverses, manipulatrices et asociales. Schalckens-Fuks (1997) utilise des mots encore plus forts et poignants pour décrire les « drogués ». Dans son ouvrage, il présente les personnes dépendantes comme des « voleurs, menteurs, violents et manipulateurs » (p.18). Il les décrit aussi comme étant « impulsifs, bruyants, exigeants et pressés » (p. 18). Il mentionne le fait que les toxicomanes ne respectent pas la discipline imposée par le service et qu'ils perturbent l'organisation de ce dernier. De plus, d'après ces dires, ces personnes bougent sans cesse, dérangent les autres patients, harcèlent les soignants afin d'obtenir ce qu'elles veulent et amènent des produits dans le service. Schalckens-Fuks (1997) stipule aussi « qu'ils sont intenable, ils nous font peur, ils sont indésirables » (p. 18).

Pour terminer, il a été prouvé que de nombreux professionnels ont des représentations et stéréotypes négatifs envers les toxicomanes (McLaughlin et Long, 1996, cité par McLaughlin et al., 2006). En effet, les infirmières² ont souvent des préjugés et discriminent les toxicomanes (Peckover et Chidlaw, 2007). Dans leur étude, Happel et al. (2002) confirment le fait que les infirmières ont des stéréotypes sur la toxicomanie et qu'elles sont souvent moralisatrices et pessimistes (Gerace et al., 1995). De plus, les infirmières n'ont souvent pas assez de connaissances concernant l'utilisation de substances et arborent parfois une attitude punitive et négative à l'égard des patients (Selleck et Redding, 1998, cité par Happel et al., 2002). L'étude de Ben Natan et al. (2009) prouve que ce type d'attitudes pose problème dans la prise en charge de la toxicomanie. Il en découle que les toxicomanes ont parfois des difficultés à recevoir des soins adéquats et Peckover et Chidlaw (2007) mentionnent même le fait que les préjugés que nous pouvons avoir envers les toxicomanes peuvent façonner notre pratique professionnelle.

² Tout au long de ce travail, le terme « infirmiers-ères » est principalement utilisé au féminin, mais il représente les deux genres (féminin et masculin).

1.1.3 Prise en charge difficile

Après avoir fait un portrait peu gratifiant des toxicomanes, nous pouvons en déduire que la prise en charge de ces personnes est sans doute difficile et complexe. En effet, dans les soins apportés aux des personnes dépendantes nous retrouvons très souvent la notion d'impuissance et une question se pose : « Pourquoi les professionnels se sentent-ils si souvent impuissants face aux toxicomanes ? » (Lüthi, 2003). Nous pouvons considérer cette prise en charge comme un défi car les représentations négatives des toxicomanes sont encore très ancrées dans nos pensées (Marc & Simon, 2002).

C'est une prise en charge rude et complexe car le patient toxicomane est un patient difficile à aborder ; il peut changer de comportement d'un moment à l'autre. En effet, il peut être d'humeur fluctuante, avoir des comportements agressifs, manipulateurs et présenter une intolérance à la frustration. Cela représente une grande difficulté pour les équipes soignantes lors de la prise en charge (Marc & Simon, 2002). Dans leur ouvrage, les auteurs Marc et Simon déclarent que l'accueil du patient, ainsi que la manière dont il se fait, est primordial pour la suite car c'est « l'amorce du soin » et c'est à ce moment que la relation débute. C'est pourquoi, il est important de ne pas voir le toxicomane uniquement comme un utilisateur de drogues, un asocial, mais de le considérer comme une personne avec laquelle il faut créer une relation soignante en sachant « attirer » le patient à soi. Un bon accueil tient donc compte de la compétence de l'infirmière à avoir un regard et un sourire adéquat, ainsi que de faire preuve d'une écoute active du patient et d'adopter une intonation de voix adéquate (Marc et Simon, 2002).

L'alliance thérapeutique ne se fera pas d'emblée ; elle se construira tout au long des rencontres qui créeront un climat de confiance indispensable à toute relation de soins. Dans cette optique, il est primordial pour soigner un patient toxicomane de ne pas juger « le drogué » et de le considérer comme un individu à part entière. L'infirmière doit tenir compte de certains principes afin de gérer au mieux la relation soignant-soigné avec le patient toxicomane. En effet, elle doit acquérir des compétences qui lui permettent d'être empathique, d'avoir

le contrôle, d'être un soutien actif et de développer un lien de confiance avec le patient (Marc & Simon, 2002).

Pour terminer, Ben Natan et al. (2009) affirment que les toxicomanes sont une population complexe et que les infirmières rencontrent souvent des difficultés considérables à les soigner, plus particulièrement dans les hôpitaux non-psychiatriques. La prise en charge des toxicomanes est un réel défi pour les soignants et les infirmières doivent développer des compétences de négociations, de promotion de la santé, de conseillers et des rôles de leaderships (Rassol, 1993, 1998, cité par Peckover et Chidlaw, 2007). Cela nous amène à penser qu'il peut y avoir des lacunes dans les soins donnés par les personnes non spécialisées en toxicomanie et que la vision encore très marginalisée que nous avons des drogues et de la toxicomanie freine la progression et l'évolution des formations dans cette spécialité pour le personnel soignant (Peckover et Chidlaw, 2007). De plus, Clancy et al. (2006) déclarent que les infirmières sont l'un des plus grands groupes de professionnels qui travaillent avec les toxicomanes, d'où l'importance d'avoir de « bonnes infirmières », qui connaissent les spécificités de la toxicomanie et qui continuent à se former afin d'offrir la meilleure prise en charge possible et de sans cesse chercher à l'améliorer.

1.1.4 Ressentis des soignants

Nous en arrivons au principal problème que je souhaite aborder dans ce travail : l'épuisement des professionnels face à cette prise en charge difficile des toxicomanes. En effet, le découragement des soignants peut très vite apparaître suite à la complexité des soins fournis aux personnes dépendantes et à ce cycle obligatoire d'abstinence et de rechutes du toxicomane (Uehlinger, 1994). Dans leur ouvrage Miller & Rollnick (2006) démontrent comment les soignants (mais aussi les travailleurs sociaux et les éducateurs) peuvent ressentir une profonde déception face à leur patient. Effectivement, les professionnels de la santé prodiguent des soins, donnent des traitements, conseillent et aident les personnes dépendantes dans leur guérison mais bien

souvent les patients ne font pas preuve de compliance et font comme bon leur semble. Ceci entraîne inévitablement de la déception car toutes les interventions des soignants n'ont aucun effet si elles ne sont pas suivies par la personne. De plus, ces auteurs mentionnent aussi le fait que tous les professionnels de la santé ont ressenti un jour ou l'autre de la frustration à soigner des toxicomanes car ils se sentent totalement inefficaces face aux patients qui persistent à rester ou à replonger dans leur comportement d'addiction. Nous avons souvent entendu la phrase « les toxicomanes sont tous pareils » (Marc & Simon, 2002, p.14). D'après Marc et Simon, cette phrase est souvent prononcée suite au découragement d'un soignant qui s'est investi dans la relation d'aide à la guérison du toxicomane et qui « avait voulu y croire ». Par conséquent, en cas de rechutes généralement fréquentes, les soignants s'exposent à des désillusions ; ils éprouvent un sentiment d'échec et ressentent une grande frustration. Ceci est très douloureux à vivre pour les soignants (Schalckens-Fuks, 1997). De plus, Lüthi (2003) explique que les professionnels de la santé travaillant avec les toxicomanes ressentent souvent des sentiments contradictoires : idéalisation, dévalorisation, grands espoirs face au traitement, représentations irréalistes de l'abstinence, rage, colère, pitié, attirance, rejet, etc.

Afin de démontrer de manière approfondie la souffrance que peut ressentir un soignant lorsqu'il prend en charge une personne dépendante, nous allons nous pencher quelque peu sur le travail de mémoire de Joost (2008), infirmier dans une unité psychiatrique de dépendance. Dans son travail, il explique qu'il suit un patient depuis quelques années déjà et que ce dernier est à sa 20^{ème} rechute. Il raconte que parfois il ressent l'envie « d'étrangler ce patient, de le secouer, de le faire disparaître » et il se demande pourquoi ce patient lui fait subir cela. Joost révèle qu'il essaie de contenir sa colère et d'être à l'écoute de la souffrance de ce patient qui revient pour la énième fois, en mettant sa propre souffrance de côté. Il avoue que des sentiments tels que « j'en a marre », « j'en peux plus », « que rien avance » et « je ne suis bon à rien » habitent ses pensées par moment. Il souligne le fait que la prise en charge de patients toxicomanes est souvent « sans fin » et que cela demande un énorme investissement de la part du soignant qui subit à tout moment de grosses

épreuves. Pour faire face au désespoir et au désarroi, le soignant peut utiliser des défenses telles que le retrait, l'omnipotence ou la haine envers le patient. Joost reconnaît le fait qu'à long terme, il y a un grand risque pour les professionnels de la santé d'user leur fonctionnement psychique, de ressentir de la fatigue et de perdre leur capacité à se contenir ou même de penser. Il explique que l'identité propre du soignant est d'accompagner un patient vers la guérison, de le guérir et qu'il ne revienne plus. Cependant, il compare la toxicomanie à un cancer : « nous allons de rémissions en rechutes, de rechutes en rémissions et l'espoir de sauver certaines de ces personnes s'amenuisent avec le temps » (p. 20). Pour terminer, Joost mentionne que lors de prises en charge de patients dépendants, le soignant se retrouve confronté à plusieurs sentiments qui peuvent l'habiter : l'envie de bien faire, l'impuissance, l'espoir, la colère et la lassitude. Néanmoins, malgré tout cela, le soignant doit rester calme, serein, accepter le fait que le problème du patient est toujours présent malgré le temps qui passe et le risque est que cela devienne aussi le problème du soignant.

Au travers de ces deux paragraphes, nous avons relevé les différentes émotions et sentiments que peut ressentir un soignant lors de la prise en charge d'un toxicomane. Les principaux ressentis que nous pouvons mettre en évidence sont l'espoir, la lassitude, la colère, le retrait, l'envie de bien faire, l'impuissance, la déception, la frustration, la désillusion, l'échec et le sentiment d'être inefficace. Nous pouvons hiérarchiser ces ressentis de manière chronologique. En effet, au début de la prise en charge le soignant a envi d'y croire et il veut bien faire. Il a un grand espoir quant à la guérison de son patient mais parfois il est pris par la désillusion. Lors des premières rechutes du toxicomane il peut ressentir de la colère et de la déception envers son patient, ce qui peut l'amener à être lui-même frustré de cette situation. Pour terminer, lorsque les rechutes deviennent de plus en plus nombreuses et se succèdent, le soignant peut se mettre petit à petit en retrait et ressentir une grande lassitude face à ce patient. Il se sent de plus en plus impuissant, inefficace et pense qu'il a échoué dans son travail de soignant. C'est à ce niveau que le soignant peut être dépassé par la situation et en arriver à faire un burnout.

Nous pouvons aisément imaginer la souffrance psychique et surtout émotionnelle ainsi que la fatigue qu'un soignant peut ressentir face aux rechutes des toxicomanes et à cette prise en charge difficile. C'est pourquoi, il est important de protéger les soignants de ces facteurs de stress afin d'éviter qu'ils suscitent chez ces derniers de la colère, de la rage, de la frustration, de l'impuissance et pour terminer, les conduire au burn-out (Lüthi, 2003).

Pour terminer, plusieurs études (Burnard et al., 2000, Totman et al., 2011, Jenkins et Elliott, 2004) ont démontré que les infirmières en santé mentale souffrent plus facilement d'épuisement professionnel en lien avec leur travail stressant que les professionnels d'autres domaines. Ce stress est en lien avec la nature intense des interactions infirmières-patients (Cronin-Stubbs et Brophy, 1985, cité par Jenkins et Elliott, 2004) et la confrontation à des comportements difficiles (Sullivan, 1993, cité par Jenkins et Elliott, 2004). Mais d'autres facteurs peuvent aussi être en cause tels que l'augmentation du nombre de patients, la diminution du temps de séjour, l'augmentation du taux de violence, l'augmentation du taux de maladies du personnel et le manque de leadership (Totman et al., 2011). Nous voyons que le ressenti des soignants face aux prises en charge difficiles et aux nombreux autres facteurs de stress peuvent amener les infirmières à l'épuisement professionnel. Cet épuisement a lui aussi des conséquences : augmentation du taux de maladies dans les services, utilisation augmentée d'alcool ou de médicaments, insatisfaction au travail et roulement élevé du personnel. Il en résulte une réduction de la qualité des soins prodigués aux patients ainsi que des résultats pauvres concernant la progression du patient vers la stabilité voir la guérison (Reissner et al., 2009).

1.1.5 Synthèse

Au travers des différents points abordés ci-dessus, nous avons vu que la toxicomanie est un grave problème de santé publique et qu'elle représente un sujet d'une importance non considérable. De plus, les représentations sociales négatives sur les toxicomanes sont encore très ancrées dans l'esprit des individus et même des professionnels de la santé. Comme mentionné plus

haut, la prise en charge de ces personnes est difficile et représente parfois un réel défi pour les soignants. En effet, les comportements impulsifs et les rechutes répétées des personnes dépendantes ainsi que la relation exigeante « infirmière-patient » peuvent amener les infirmières à ressentir divers sentiments et émotions qui peuvent les conduire jusqu'au burnout. De plus, nous avons vu que cet épuisement peut être encore amplifié et accentué par divers autres facteurs de stress en lien avec l'organisation, la charge de travail, la violence, la dotation, etc., et qu'il en résulte des conséquences sur la qualité des soins prodigués aux patients ainsi que sur les résultats de « guérison » de ce dernier. D'où l'importance de s'intéresser à ce thème pour la pratique infirmière, surtout en milieux psychiatriques, afin de prendre conscience du problème et d'essayer de trouver des solutions pour diminuer ou même éviter l'épuisement du personnel soignant et d'améliorer ainsi la qualité de la prise en charge autant pour le soignant que pour le patient.

Pour conclure, il est important de rappeler les principales compétences requises pour une infirmière. Selon le référentiel de compétences des étudiants Bachelor HES-SO en soins infirmiers de dernière année (2009), l'infirmière doit être capable de concevoir des offres en soins en partenariat avec le patient ainsi que de les réaliser en tenant compte de la perspective de projets de soins interdisciplinaires. Elle doit promouvoir et accompagner le patient dans une démarche de gestion de la santé. Elle a pour rôle d'évaluer ses prestations et de contribuer à la recherche en soins et en santé. L'encadrement et la formation des professionnels de la santé font aussi partie des compétences à acquérir. De plus, elle doit avoir la capacité de coopérer et de collaborer avec les professionnels du système socio-sanitaire ainsi que de participer aux démarches de qualité des soins. Pour terminer, il lui est demandé d'exercer son rôle de manière responsable et autonome. En lien avec cette problématique et les concepts qui vont être décrits ci-dessous, ces compétences sont « la base » pour devenir infirmière. En effet, nous avons vu que certaines prises en charge, dont celles des toxicomanes, sont très difficiles et même épuisantes pour les infirmières. C'est pourquoi, au fil du temps, elles devront acquérir de nouvelles connaissances et développer d'autres compétences, grâce à l'expérience sur le

terrain mais aussi aux apprentissages et aux formations, afin d'arriver à gérer au mieux cette problématique.

1.2 Concepts et cadres de référence

Partant de la problématique et du thème de ce travail, les différents concepts en lien avec ceux-ci vont être définis ainsi que quelques théories et approches vont être approfondies en rapport avec chacun des concepts. Cela nous permettra d'avoir de meilleures connaissances sur le sujet.

1.2.1 La toxicomanie

1.2.1.1 Définitions

Il existe de multiples définitions de la toxicomanie. Quelques unes vont vous être présentées et mises le lien avec la prise en charge des patients toxicomanes.

Dans le dictionnaire fondamental de la psychologie (1997), la dépendance est définie de la manière suivante : « Relation de dépendance aliénante à une drogue plus ou moins toxique, tendant à subordonner toute l'existence du sujet à la recherche des effets du produit » (p. 1325).

L'organisation mondiale de la santé préfère utiliser le terme de pharmacodépendance à celui de toxicomanie car celui-ci est moins objectif. La pharmacodépendance se traduit par « l'instauration d'une dépendance psychique ou physique à la drogue, induisant des effets nocifs pour l'individu et la collectivité » (Dictionnaire fondamentale de la psychologie, 1997, p. 1325).

Dans leur ouvrage, Fernandez et Catteeuw (2005) stipulent que les auteurs qui s'intéressent au terme « dépendance » le caractérisent par l'usage compulsif de la substance. Ils définissent la dépendance ainsi : « désir puissant et compulsif d'utiliser une substance psychoactive et perte du contrôle de l'usage de substances » (p.25). Fernandez et Catteeuw (2005) font aussi référence à la définition opératoire de Goodman, qui précise que l'addiction est un

processus. En effet, il décrit l'addiction comme un comportement qui procure du plaisir et qui soulage un malaise intérieur et qui se traduit par des conséquences négatives dû à un échec répété de contrôle et de persistance.

A travers ces quelques définitions, nous pouvons déjà comprendre pourquoi les personnes dépendantes rechutent très souvent et pourquoi la prise en charge est difficile. Effectivement, nous constatons que la toxicomanie est une pathologie qui implique un comportement compulsif de l'abus de substances. De plus, l'abus de substances psychoactives procure du plaisir, un soulagement intérieur et le toxicomane n'arrive plus se contrôler et préfère persister dans ce comportement car il est difficile de changer et de renoncer au plaisir. Ensuite l'une de ces définitions fait référence à la dépendance physique que procure la drogue et qui joue aussi un rôle dans la rechute et la prise en charge du patient. En effet, le manque physique est douloureux et difficile à vivre pour les personnes dépendantes, qui préfèrent consommer à nouveau pour éviter une souffrance trop pénible à vivre. Pour terminer, nous comprenons que cette pathologie n'est pas évidente à gérer ni pour le patient et ni pour le soignant ; c'est une prise en charge difficile qui peut épuiser le soignant à long terme.

1.2.1.2 Théories et approches

Il existe de nombreuses théories qui tentent d'expliquer comment se produit l'addiction au niveau individuel, biologique et social. Le NIDA (National Institute of Drug Abuse) a déjà publié plusieurs classifications recensant plus de quarante théories de l'addiction (Fernandez & Catteeuw, 2005).

Dans leur ouvrage, Valleur & Matysiak (2002) décrivent plusieurs approches afin de comprendre les mécanismes de l'addiction. Il y a l'approche biologique (ce qui se passe au niveau cérébral), psychologique (idée de « vulnérabilité » et de « prédispositions »), sociologique (l'addiction serait des démarches de révolte, de rupture, de refus d'intégration, de la surintégration) et anthropologique (« Les toxicomanes sont la rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socioculturel » p. 208).

Nous constatons que la toxicomanie est une pathologie complexe que nous pouvons voir sous différentes théories et approches. Ceci nous amène à comprendre que la guérison de la personne dépendante dépend de nombreux facteurs (biologiques, psychologiques et sociaux) et que c'est un processus difficile. Ce processus est alors souvent accompagné de nombreuses rechutes et de comportements particuliers des patients et par conséquent la prise en charge est parfois difficile et pénible.

1.2.2 L'épuisement professionnel

1.2.2.1 Définition

L'épuisement professionnel ou aussi appelé burnout nous vient de la langue anglaise : to burn out qui a pour signification se consumer, brûler jusqu'au bout, s'éteindre. Le burnout est synonyme de stress professionnel (Josse, 2008).

Il y a de nombreuses définitions du burnout mais nous pouvons citer celle donnée par Freudenberg (1981, cité par Josse, 2008) : « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à une mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés » et celle de Maslach (cité par Josse, 2008), « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». A partir de cela, nous pouvons alors ressortir une définition générale du burnout : « état d'épuisement (mental, émotionnel et physique) dans lequel les mécanismes d'adaptation se consomment sous l'effet de tensions subies dans le cadre du travail (Josse, 2008). Ces définitions ont été choisies car elles incluent tous les aspects importants lorsque nous abordons le thème d'épuisement professionnel : émotions, dépersonnalisation, frustration, fatigue, implication, diminution de l'accomplissement personnel, etc. A travers ces définitions, nous comprenons tout de suite ce qu'est l'épuisement professionnel. De plus, Freudenberg et Maslach sont des auteurs qui se sont beaucoup intéressés à l'épuisement professionnel et qui connaissent bien ce sujet.

1.2.2.2 Modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson

Le modèle tridimensionnel a été développé par Christina Maslach et Susan Jackson. Selon ce modèle, les dimensions du burnout sont les suivantes : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. L'épuisement professionnel se traduit par une perte d'énergie, de la fatigue, de la démotivation, de la frustration, de l'épuisement mental, etc. La dépersonnalisation est la dimension interpersonnelle. Elle se caractérise par un manque d'empathie à l'égard des patients, un détachement, une attitude négative envers ces derniers et les collègues, une froideur émotionnelle. De plus, nous pouvons aussi observer au sein de cette dimension de la méfiance et du pessimisme pouvant aller jusqu'à de la déshumanisation de la relation à l'autre. La dernière dimension, qui est la diminution de l'accomplissement personnel, peut se définir comme « l'efficacité professionnelle ». C'est la phase où la personne « s'auto-évalue ». Le travail lui-même est dévalorisé (inintéressant, inutile...) et la personne a des doutes concernant sa valeur, elle se culpabilise, elle se sent incompetente, elle se dévalorise, elle a une diminution de l'estime de soi, etc. Ces trois dimensions sont provoquées par le stress. Les stressseurs peuvent amener la personne directement dans la dimension de la diminution de l'accomplissement personnel ou alors ils peuvent dans un premier temps la conduire à l'épuisement émotionnel, puis ceci va l'entraîner à la dépersonnalisation et pour terminer, la personne aboutit aussi à la diminution de l'accomplissement personnel (Josse, 2008).

Nous pouvons encore mentionner le fait que la personne évolue par étapes dans le processus du burnout, qui est lent et insidieux. Les différentes phases sont les suivantes: l'enthousiasme, la stagnation, la frustration, l'apathie et le désespoir. Pour terminer, le processus de guérison de l'épuisement professionnel prend du temps et c'est pourquoi il est important de le prévenir (Josse, 2008).

Par conséquent, le burnout, syndrome d'épuisement professionnel, est dû à une exposition permanente et prolongée à un stress. Ce problème implique très souvent des personnes ayant une profession avec de fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives et comprenant de grandes

responsabilités. C'est pourquoi, les professionnels travaillant en psychiatrie sont très souvent des personnes à risque (Halayem-Dhouib et al., 2010).

1.2.3 Le soutien social

1.2.3.1 Définition

Selon Ruiller (2008), les chercheurs se sont intéressés de manière croissante au concept de soutien social depuis le début des années 1970. « Le soutien social est un facteur significatif en santé physique et mentale » (Bozzini & Tessier, 1985, cité par Ruiller, 2008, p. 86). Dans son écrit, Ruiller (2008) mentionne le fait que les chercheurs rencontrent des difficultés concernant la définition conceptuelle du soutien social et les limites des instruments pour le mesurer.

Depuis le début des années 1980, les chercheurs se sont aperçus qu'il y avait autant de mesures du soutien social que d'études ; cela explique que les définitions sur le soutien social sont complexes. Il existe plusieurs moyens qui permettent de définir et de mesurer de manière large le soutien social : quantité de relations qu'il y a entre la personne et son environnement, le niveau d'intégration des gens dans un réseau social, la qualité du soutien social perçu par la personne, les caractéristiques comportementales et /ou individuelles des personnes qui fournissent ou qui reçoivent du soutien social et pour terminer les spécificités de la relation de l'échange social (Ruiller, 2008).

Melchior et al. (1997, cité par Jenkins et Elliott, 2004) parlent du soutien social comme une ressource d'adaptation qui est susceptible de diminuer l'épuisement professionnel.

Au travers de ces paragraphes, nous voyons qu'il est très difficile de donner une définition précise du soutien social en lien avec la multidimensionnalité et les nombreuses façons d'aborder ce concept. Les approches théoriques abordées ci-dessous vont nous permettre de mieux comprendre ce concept et sa complexité.

1.2.3.2 Approches théoriques

Dans son travail, Ruiller (2008) traite de trois approches du soutien social : l'approche sociologique, l'approche cognitive et l'approche du soutien social par les processus interpersonnels.

- Approche sociologique : cette approche concerne le réseau social et l'intégration sociale. Le réseau social est défini par la quantité de liens créés entre l'individu et son entourage, et de ce fait, il est indépendamment lié à l'intégration sociale (Brissette et al., 2000). Cependant, il est important de différencier la notion de « réseau social » et celle de « réseau de soutien » (Barreta, 1981). En effet, le « réseau de soutien » est une sous-catégorie du «réseau social », qui se définit comme étant les personnes gravitant autour d'un individu et susceptibles d'aider la personne dans les moments difficiles (Vaux, 1988).
- Approche cognitive : cette approche englobe tous les aspects en lien avec les effets du soutien social sur le mécanisme général de la santé. Pour Cassel (1974, 1976), « le soutien social est une variable importante dans la régulation des désordres dus au stress » (p. 90). Caplan (1976) dit que pour faire face aux moments difficiles et aux périodes de crises ainsi que pour contribuer à son bien-être, il est important que l'individu ait autour de lui du support informel. Selon Cobb (1976), le soutien social contribue à la réussite des besoins sociaux et protège la personne contre les facteurs générateurs de stress. A partir de cela, le soutien social peut être considéré comme étant déterminant dans les stratégies de coping et d'adaptation de la personne face à son environnement. Par conséquent, il a une influence considérable sur la santé des individus et leur qualité de vie.
- Approche du soutien social par les processus interpersonnels : cette approche s'intéresse à la multidimensionnalité du soutien social. En effet, les études abordent le réseau de soutien, la nature des ressources mobilisées par les personnes et la relation d'échange entre « le fournisseur » et « le receveur ». Nous pouvons alors se pencher sur le concept de soutien social en termes de « réseau social », de

« comportement de soutien » et d' « évaluation de l'individu ». Cela confère trois dimensions (structurelle, fonctionnelle et perceptuelle) qui sont prises en considération dans cette approche et rendent ce concept riche et complexe.

Les différentes approches expliquées ci-dessus sont les bases théoriques pour définir le concept de soutien social, cependant ce dernier a encore un aspect tridimensionnel dans lequel nous trouvons (Ruiller, 2008) :

- Le réseau de soutien qui est défini comme la quantité numérique de relations sociales qu'une personne a créées avec autrui, la fréquence à laquelle les échanges se font et l'intensité des liens (Barrera, 1981). Il peut être soit informel (parents, amis, conjoints,...) ou formel (médecins, professionnels, associations,...) (Streeter et Franklin, 1992).
- Le soutien reçu et le soutien social au travail qui sont caractérisés par trois genres de soutien : le soutien informationnel, le soutien instrumental et le soutien émotionnel (Rodriguez et al., 1998).
- Le soutien social perçu qui se décrit comme la vision subjective que l'individu a de l'aide qui lui a été apportée par autrui et de l'estimation de la satisfaction des besoins (Procidano et al., 1983). Nous pouvons aussi formuler cela comme étant « l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui » (Barrera, 1981) (p. 99). Dans cette perception du soutien social, il faut aussi être attentif au fait que ce n'est pas la quantité des échanges sociaux qui satisfera la personne, mais la qualité de ces échanges.

En lien avec ces différentes approches et théories, nous comprenons que le concept de soutien social est complexe et multidimensionnel. De plus, nous voyons aussi qu'il existe plusieurs types de soutien, qui peuvent aider les personnes traversant des situations difficiles. Pour terminer, il est ressorti que le soutien social est une bonne stratégie pour diminuer le stress, soulager et aider les personnes qui souffrent des effets de ce dernier.

1.2.4 Liens entre les différents concepts

Les trois concepts présentés ci-dessus ont été choisis car ils sont en lien avec la problématique de ce travail. Nous voyons que la toxicomanie, l'épuisement professionnel et le soutien social peuvent être étroitement associés. En effet, nous savons que la toxicomanie est une pathologie complexe, qui conduit parfois à des prises en charge infirmières difficiles. Comme nous l'avons vu plus haut, cette difficulté et cette complexité peuvent amener le personnel soignant à se fatiguer, à s'épuiser et même à se dépersonnaliser, pour finalement souffrir d'épuisement professionnel. Pour agir sur les effets du stress et ainsi diminuer l'épuisement professionnel, nous avons pu observer que le soutien social est une stratégie de coping efficace. Nous pouvons alors en conclure que ces trois concepts sont liés et que si le soutien social est optimal, la prise en charge des toxicomanes sera probablement moins épuisante pour les infirmières. Il en résultera ainsi une diminution du niveau d'épuisement professionnel.

1.3 Objectifs poursuivis et question de recherche

Après avoir décrit la problématique et développé les différents concepts en lien avec cette dernière, la question suivante se pose : quelles sont les stratégies des infirmières en psychiatrie pour éviter l'épuisement lors de la prise en charge des patients toxicomanes ? Cette revue étoffée de littérature a pour objectifs de répondre à cette question en identifiant ces stratégies d'adaptation au stress et de diminution de l'épuisement professionnel. Ce travail a aussi pour but de mettre en avant les perceptives et les implications pour l'avenir des soins.

2. Méthode

2.1 Argumentation du choix du devis

Le choix d'une revue de littérature pour réaliser ce travail de Bachelor paraît être une méthode tout à fait pertinente. En effet, c'est un bilan de l'état des

connaissances sur un problème de recherche et dans le cas présent sur un sujet digne d'intérêt pour la pratique infirmière. Ce devis de recherche illustre ce qui a déjà été étudié jusqu'à ce jour, démontre la pertinence et la fiabilité des études entreprises et souligne les lacunes encore présentes dans les recherches déjà publiées jusqu'à présent (Loiselle, 2007). De plus, la revue étoffée de littérature est une méthode adaptée au débutant car elle va permettre de profiter des recherches déjà publiées mais aussi d'ouvrir sur de nouvelles perspectives, de réfléchir sur de nouvelles problématiques et pour terminer, d'acquérir des compétences spécifiques dans le domaine de la recherche.

2.2 Etapes de la revue de littérature

2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion pour les études sont en lien avec la question de recherche. En effet, les recherches retenues sont celles dans lesquelles la population concerne le personnel soignant, plus particulièrement les infirmières travaillant en santé mentale et de préférence dans des services d'addiction. De plus, le phénomène d'intérêt des études tient compte des prises en charge difficiles des patients psychiatriques et surtout des personnes dépendantes aux drogues. Il concerne aussi l'épuisement professionnel des infirmières en santé mentale, les facteurs de stress et les stratégies de coping ainsi que de gestion du stress, le moral et la satisfaction au travail. Pour terminer, les compétences et le rôle de l'infirmière dans la prise en charge des toxicomanes ont aussi un intérêt pour cette étude ainsi que les attitudes, croyances, perceptions que les soignants ont des drogués et des soins qu'ils leur fournissent. Les résultats des études trouvées répondent directement ou indirectement à la question de recherche.

Une limite a été posée quant à l'année de publication : 1995-2011. Cependant, la majorité des études datent des années 2000-2011 ; un seul article a été publié en 1996. Concernant la langue de publication, aucune limite n'a été mise mais la totalité des recherches sont en anglais.

Les critères d'exclusion ont été les recherches dont la population n'étaient pas des professionnels de la santé travaillant en psychiatrie et celles dans lesquelles les infirmières n'étaient pas représentées dans les échantillons. Les recherches datant de 1995 et moins n'ont pas été sélectionnées. Les articles dans lesquels l'épuisement professionnel n'était pas lié aux toxicomanes ou au travail en général des infirmières en psychiatrie ont été exclus.

2.2.2 Les mots clés utilisés

Afin de trouver des études, concernant la question de recherche, sur les diverses banques de données (qui seront citées ci-dessous), la première chose à faire a été de définir des mots clés pour permettre « un triage » des recherches recensées sur le sujet et ainsi faciliter l'accès aux études qui nous intéressent.

Voici les principaux mots clés ressortis :

- Stratégies (strategies)
- Moyens (resources)
- Infirmiers/ères (nurse/nursing)
- Personnel soignant (caregivers/nursing staff)
- Épuisement professionnel (burnout)
- Toxicomanes (addicts)
- Rechute (relapse)
- Prévention (prevention)
- Santé public (public health)
- Entretien motivationnel (motivational interviewing)

Lors de la recherche des articles, ces mots clés ont été assemblés afin d'orienter les recherches du « plus large au plus précis ». Voici quelques exemples d'assemblage :

- Nursing-burnout-relapse
- Nursing-burnout-prevention

- Nursing-addicts-replase
- Nursing-burnout
- Addicts-nursing
- Nursing-addicts-burnout
- Motivational interviewing-nursing
- Strategies-prevention-burnout
- Burnout-strategies-nursing
- Burnout-resource-nursing
- Addicts-relapse-burnout
- Nursing-addicts-relapse-burnout

2.2.3 Stratégies de recherche

2.2.3.1 Banques de données

La première étape dans la recherche des articles a été de parcourir trois banques de données : CINAHL, PsycInfo et PubMed. Dans chacune de ces bases de recherche, les diverses associations de Mesh (citées ci-dessus) ont été entrées afin de trouver les articles.

- CINAHL : au total sept articles sélectionnés. Les associations faites et les résultats sont les suivants : « motivational interviewing-nursing », une étude sur 42 résultats / « addicts-nursing », une étude sur 5 résultats / « nursing-burnout », quatre études sur 374 résultats et « nursing-burnout-relapse », une étude sur un résultat.
- PsycInfo : au total trois articles sélectionné. Les associations faites et les résultats sont les suivants : « nursing-addicts-burnout », une étude sur 45 résultats et « nursing-burnout-prevention », deux études sur 1'185 résultats.
- PubMed : aucune étude provenant de cette banque de donnée n'a été retenue.

A l'aide de cette stratégie de recherche, en lisant uniquement le résumé et en validant la structure de l'article, dix études ayant le potentiel de répondre à la question de recherche ont été retenues.

2.2.3.2 Auteurs

La deuxième étape de recherche a été de voir dans les écrits des principaux auteurs ayant déjà rédigé sur le thème de la toxicomanie, des soins infirmiers et de l'épuisement professionnel. Ces auteurs étaient : Marc B. et Simon G., Miller W.R. et Rollnick S. et pour terminer Maslach C. et Jackson S.. Aucune étude dans cette étape n'a été sélectionnée.

2.2.3.3 Bibliographie

Comme troisième étape, la bibliographie des dix études déjà trouvées a été parcourue et les articles intéressants ont été recherchés sur les moteurs de recherche. Lors de cette étape, 13 études ont été retenues.

2.2.3.4 Sélection définitive des articles

Au final, à la suite des trois étapes présentées ci-dessus, 23 études scientifiques ont été retenues. Le nombre d'articles demandé pour la réalisation de ce travail est entre 10 et 15. C'est pourquoi, en quatrième étape, une sélection des articles a été faite en relisant les résumés et en ressortant les points essentiels de ces derniers. Douze écrits ont été retenus pour répondre à la question de recherche. Les articles non-sélectionnés ont été mis de côté pour les raisons suivantes : spécifique à la schizophrénie, la population n'était pas assez représentée par les infirmières, le thème n'était pas assez ciblé et les données trop larges, les articles traitant de l'entretien motivationnel et pour terminer les études dont les résultats n'étaient d'emblé pas fiables.

2.2.4 Analyse critique et synthèse des données

Pour l'analyse critique des articles, une grille unique a été créée pour toutes les études, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives (la majorité sont des études qualitatives), en s'inspirant des grilles d'analyse de Nadot et Bassal (2011). La grille a été constituée à l'aide de huit items : titre, auteurs, résumé, introduction,

méthodes, résultats, discussion et généralités. Chaque item est critiqué et analysé à l'aide de constats (objectif) et de remarques (subjectif). La dernière colonne de la grille permet d'argumenter les constats et les remarques ainsi que de résumer l'étude en ressortant les points principaux et pertinents en lien avec ce travail. Pour les 12 articles sélectionnés une grille a été remplie. Ces dernières se trouvent dans les annexes de ce travail.

Concernant la synthèse des données, les grilles ont été l'outil de travail principal. En effet, elles ont tout d'abord été utilisées afin d'étayer la problématique en reprenant principalement les données qui se trouvaient dans l'item « introduction ». Ensuite, les résultats ont été catégorisés en utilisant la partie « résultats » et « discussion » de ces grilles. La lecture, le tri, le classement ainsi que la mise en lien des grilles ont permis la rédaction des résultats. Ensuite, plus ou moins la même procédure a été utilisée pour la rédaction de la discussion, des perspectives et implications. Pour terminer, concernant la critique des articles ainsi que les limites des études et de ce travail, l'entier des items a été pris en considération (surtout les auteurs, les pays, la méthode, les limites,...). A nouveau, un classement et des comparaisons ainsi que des mises en lien ont été faits entre les grilles afin de synthétiser les données et en ressortir les choses importantes et essentielles à retenir en lien avec ce travail de Bachelor.

3. Résultats

3.1 Perceptions, attitudes, connaissances, compétences et expériences des infirmières dans la prise en charge des toxicomanes et la qualité des soins

Dans les recherches réalisées, il y a cinq études qui abordent le thème de la difficulté de la prise en charge des toxicomanes en lien avec les attitudes, les connaissances, les compétences, les perceptions et l'expérience des infirmières ainsi que la qualité des soins fournis à cette population.

Dans l'étude de Clancy et al. (2006), qui a été réalisée auprès d'infirmières spécialisées en toxicomanie, il a été démontré que le travail en addiction est un

défi pour les infirmières et que c'est une spécificité passablement différente que les autres domaines de la pratique infirmière.

McLaughlin et al. (2006) ont réalisé une étude sur les expériences et les perceptions des professionnels de la santé et du travail social concernant les utilisateurs de drogues. La récolte des données a été faite au travers de groupes de discussion. Les principaux résultats traitent des représentations que les infirmières ont des toxicomanes. Il est ressorti que les professionnels ne veulent pas traiter ce genre de patients en raison de leur profil et de la prise en charge difficile. En effet, il y a encore beaucoup d'opinions négatives (les patients sont sournois et manipulateurs) et de regards pessimistes quant aux soins prodigués aux toxicomanes, qui demandent de nombreux efforts de la part du soignant. De plus, il a été relevé que les soignants peuvent se sentir déprimés car leurs efforts pour prendre en soins les toxicomanes ne sont pas réellement récompensés. Un autre résultat est que les soignants ont par moment de la difficulté à avoir de l'empathie pour ce type de patients et ils admettent avoir pas assez de connaissances et de compétences pour soigner les toxicomanes. Pour terminer, il est mentionné que les toxicomanes doivent être pris en charge dans des services spécialisés (Mistral et Velleman, 2001) car le personnel soignant de ce genre de services bénéficie de plus de temps et d'expérience.

La troisième étude (Ben Natant et al., 2009) traite principalement des perceptions de la qualité des soins qui sont fournis aux toxicomanes par les infirmières. La population représente 135 infirmières d'hôpitaux généraux d'Israël. Il en ressort que les infirmières, ayant un certain nombre de stéréotypes envers les toxicomanes (violence, saleté, maladies contagieuses, dangerosité) et des difficultés dans la prise en charge, perçoivent les soins qu'elles fournissent comme inférieurs à ceux qu'elles prodiguent aux autres patients. De plus, il est mentionné que les soignants reconnaissent la difficulté de la prise en charge de ces patients et qu'ils ressentent de la peur découlant de la violence et de la manipulation qui sont souvent rencontrées chez les toxicomanes. Les résultats montrent aussi que les professionnels se sentent mal à l'aise de traiter cette population et qu'ils sont modérément d'accord de dire que le travail avec les toxicomanes est satisfaisant. De plus, les soignants

ont le sentiment que ces patients perturbent le service et sont difficiles à gérer. Concernant la perception de la qualité des soins et l'intention de fournir de bons soins, l'étude montre que 41.5% des répondants pensent fournir des soins de qualité et que 38.5% ont l'intention de fournir des soins de qualité. En lien avec cela, les auteurs concluent que l'attitude et le comportement du soignant sont significativement corrélés avec l'intention. Cependant, les résultats disent aussi que les infirmières ont réellement l'intention (intention comportementale) de prodiguer de bons soins, mais elles ne le font pas toujours en raison de leurs attitudes et de leurs perceptions négatives. Pour conclure ces résultats, les auteurs rappellent la difficulté de soigner les toxicomanes (personnes revendicatrices, rechutes,...) ainsi que le fait que ces derniers sont discriminés et que les infirmières prodiguent des soins de qualité inférieurs à cette population.

L'étude de Peckover et Childlaw (2007) a été réalisée avec la collaboration de 18 infirmières de districts (soins à domicile, santé communautaire /soignants des toxicomanes), qui ont passé des entrevues semi-structurées. Le but était d'explorer la compréhension des infirmières ainsi que les pratiques de discrimination et d'inégalités face aux toxicomanes. Comme dans l'étude précédente, les résultats démontrent que les toxicomanes sont stigmatisés, victimes de préjudices et de discrimination (surtout lors des hospitalisations en milieux somatiques). Les répondants ont relevé le fait que le travail auprès des personnes dépendantes est un « risque », en lien avec l'agressivité et le comportement des clients. De plus, la majorité avoue que leurs visites sont plus brèves que chez les autres patients pour des raisons de sécurité. Ils disent aussi fournir le service minimal et mettre l'accent sur « ce qu'il y a à faire », c'est-à-dire la clinique, au détriment de la communication (absence de discussion avec les patients). Ceci signifie un contact bref et un service de moins bonne qualité. Pour terminer, il est mentionné que la majorité des infirmières de districts reconnaissent manquer de connaissances et de compétences dans la prise en charge de cette population. Par conséquent, elles se sentent limitées dans les prestations qu'elles fournissent à ces patients. En raison de ces manques de connaissances et de formations, les besoins en soins ne sont pas satisfaits.

Le dernier article amène aussi des résultats sur le thème de l'évaluation des connaissances/compétences et des pratiques des infirmières. Happell et al. (2002) ont réalisé cette étude en distribuant 380 questionnaires dans divers établissements de soins psychiatriques de Victoria. Au total, 134 questionnaires ont été retournés pour les soins infirmiers. Différents résultats sont ressortis de cette étude. Tout d'abord, 24,6% des répondants pensent que la prise en charge des patients atteints d'un double diagnostique (maladie psychiatrique et abus de substances) est adéquate. Ensuite, 17% ont relevé n'avoir pas l'expertise et la formation pour faire face aux consommateurs et 46.2% pensent qu'il n'y a pas assez de services spécialisés dans le traitement des addictions. De plus, 62.7% des participants déclarent être modérément compétents dans l'identification et la gestion des abus de substances. Puis, les auteurs ont relevé que la majorité des répondants ont le sentiment d'être moyennement compétents dans le traitement de la drogue (gestion de la désintoxication, prévention des rechutes, gestion des overdoses). Pour terminer, la plupart du personnel souligne le fait que les patients avec un double diagnostic ne sont pas suffisamment bien gérés, à cause d'un manque de formation et d'une insuffisance de services adéquats et disponibles. Ces résultats démontrent que les compétences de certaines infirmières dans le traitement de l'addiction sont modestes.

3.2 Compétences et rôle des infirmières travaillant en toxicomanie

L'étude de Clancy et al. (2006) porte essentiellement sur les qualités requises pour être une « bonne infirmière » en toxicomanie et sur le développement de notre rôle et de nos compétences en lien avec la prise en charge des personnes dépendantes aux drogues. Les participants sont des infirmières spécialisées en toxicomanie et la récolte de données a été faite en groupes de discussion. Les auteurs ont ressorti un certain nombre de qualités personnelles importantes pour travailler avec les toxicomanes : un certain taux de « robustesse » et de résistance, la timidité et la naïveté sont des inconvénients, il faut de la patience, de la tolérance et la capacité de non-jugement, il est

important d'être « stricte mais juste » et pour terminer, l'infirmière doit être capable de penser rapidement et d'être flexible ainsi que réactive. Dans cette étude, les chercheurs ont mentionné que l'acquisition du rôle et des compétences pour travailler avec les toxicomanes se fait en cinq étapes. Il y a tout d'abord la rencontre (« le choc de la réalité »), qui est la plus pénible (apprentissage, anxiété de la performance, sentiment d'être débordé, absence de connaissances et de compétences, crainte), puis l'engagement (phase d'apprentissage expérientiel), qui se traduit par un développement de la tolérance, un engagement actif dans l'acquisition des compétences mais aussi par de la frustration face à la rechute des patients et le sentiment de se sentir compromise par les patients. Ensuite, la troisième étape est celle de la stabilisation, dans laquelle l'infirmière arrive petit à petit faire le « détachement thérapeutique » et valide ces compétences en tant que « spécialiste » en toxicomanie. L'avant dernière étape est celle de la compétence ; c'est à ce moment que l'infirmière passe à un degré supérieur dans ces compétences (expériences, encadrement et supervision, travail autonome,...). Pour terminer, l'étape finale est la maîtrise, qui représente l'acquisition d'un niveau de compétences, de maturation clinique et le sentiment de maîtriser son rôle.

3.3 Stress et épuisement professionnel

Parmi les douze articles retenus pour cette revue étoffée de littérature, il y en a quatre qui nous apportent des résultats concernant les niveaux de stress et de burnout chez les professionnels de la santé en milieu psychiatrique, dont les infirmières.

Tout d'abord, il y a l'étude de Fagin et al. (1996), qui regroupe et compare les résultats de trois études portant sur le stress, l'adaptation et l'épuisement professionnel chez les infirmières en santé mentale. Dans ces trois études, les auteurs ont utilisé des questionnaires d'auto-évaluation (*General Health Questionnaire*, *Maslach Burnout Inventory*, *DeVillers Carson Leary Stress Scale*, *Cooper Coping Skills Scale*) pour récolter les données. Au total 648 infirmières de différents services de santé mentale ont été interrogées. La première étude compare le stress et les stratégies de coping entre les

infirmières communautaires en psychiatrie et les infirmières travaillant dans des services de santé mentale. La deuxième étude examine des infirmières de deux grands asiles et la troisième s'est penchée sur le personnel infirmier de deux grands hôpitaux psychiatriques dans des régions différentes (les trois études se passent en Angleterre). Dans cette étude, il en est ressorti que les infirmières de la 3^{ème} étude ont un niveau de détresse psychologique clairement plus élevé que celles de la 1^{ère} et 2^{ème} étude. De plus, elles sont celles qui consommeraient le plus d'alcool (31%) et ayant le taux de maladies le plus élevé. Il a aussi été mentionné que le personnel soignant de la 3^{ème} étude a le plus faible score de compétences d'adaptation et cela montre une plus faible utilisation des stratégies d'adaptation (la diminution du score d'adaptation est associée à un niveau de stress plus élevé). Concernant le burnout (*Maslach Burnout Inventory*), les groupes des trois études diffèrent de manière significative sur la dépersonnalisation : 17% pour l'étude 1, 13% pour l'étude 2 et 22% pour l'étude 3. Au niveau de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel, il n'y a pas de grandes différences entre les trois recherches et les valeurs varient entre 28% et 32% pour l'épuisement émotionnel et entre 26% et 27% pour l'accomplissement personnel. Pour terminer, en prenant en compte la totalité de l'échantillon, soit 648 infirmières, le résultat suivant est ressorti : trois personnes sur dix travaillant en tant qu'infirmière en santé mentale souffrent de détresse psychologique significative.

Ensuite, Reissner et al. (2009) ont réalisé une étude dont le but était d'évaluer le burnout, l'adaptation et la satisfaction au travail du personnel soignant travaillant dans des services de traitement des toxicomanes aux opiacés, d'Athènes à Zurich. Ils ont recruté des professionnels à Athènes, à Londres, à Padoue, à Stockholm, à Zurich et à Essen. Au total 383 personnes ont rempli des questionnaires (*Maslach Burnout Inventory*, *Brief Cope* (styles d'adaptation), *GSE* (auto-efficacité), *Echelle de satisfaction au travail*). Concernant le stress et l'épuisement professionnel, les principaux résultats qui sont ressortis de cette étude sont que 29% du personnel souffrent de symptômes graves d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. De plus, le principal critère d'épuisement professionnel est l'épuisement émotionnel, qui

varie selon les pays de l'étude avec 44% à Londres et Stockholm et seulement 8% à Zurich. En conclusion, les résultats montrent qu'un tiers du personnel européen soignant les personnes addictes souffre d'un épuisement professionnel et principalement d'épuisement émotionnel. En Angleterre il y a entre 45% et 48% des infirmières en toxicomanie qui sont très éprouvées émotionnellement.

Puis, Jenkins et Elliott (2004) ont enquêté sur les facteurs de stress, l'épuisement professionnel et le soutien social chez le personnel infirmier dans des établissements de santé mentale d'Angleterre. Les participants sont des infirmières qualifiées et non-qualifiées de onze services de psychiatrie aigüe de quatre hôpitaux. Les auteurs ont distribué 240 questionnaires et 93 leur ont été retournés. Le questionnaire distribué comprend quatre sections : informations générales et données personnelles, *Mental Health Professionals Scale*, *Maslach Burnout Inventory* et *House and Wells Social Support*. Concernant le burnout, il a été montré que 51,6% du personnel a un haut degré d'épuisement émotionnel, 44,1% un faible degré de dépersonnalisation et 60,2% un faible degré d'accomplissement personnel. De plus, les scores de stress plus élevés sont associés à un plus grand niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Pour conclure les résultats de cette étude, les niveaux plus élevés de stress ont été mis en lien à des scores plus élevés de dépersonnalisation concernant le personnel avec un niveau élevé de soutien, cependant pas pour les infirmières avec de bas niveaux de soutien.

Pour terminer, la dernière étude nous amenant des résultats sur le sujet est celle d'Edwards et Burnard (2003). C'est une revue systématique de littérature incluant 77 études (58 menées au Royaume-Uni et 19 réalisées dans d'autres pays), dont le but était d'identifier les facteurs de stress ainsi que les modérateurs de stress chez les infirmières en santé mentale pour permettre une exploration des stratégies de gestion et leurs implications. Les résultats montrent que dans 18 études du Royaume-Uni l'épuisement émotionnel est entre 22% et 51%, la dépersonnalisation entre 7% et 45% et que la diminution de l'accomplissement personnel se situe entre 27% et 42%. Il est aussi ressorti que 27% à 42% des infirmières en psychiatrie obtiennent un score de stress au-dessus du seuil de la vulnérabilité de la morbidité psychiatrique. L'une des

études (Melchior et al. 1997, cité par Edwards et Burnard, 2003) déclare que les hommes ont des scores plus élevés dans les trois variables de l'épuisement professionnel. Ce dernier est positivement associé au conflit de rôle et négativement associé à la satisfaction au travail, au soutien des pairs et à la participation dans l'organisation. De plus, les résultats ont montré que l'épuisement professionnel varie en fonction de l'intensité du stress, des changements stressants de la vie et du soutien social. Pour conclure, un grand nombre de recherches prouvent que le niveau de stress chez les infirmières en psychiatrie est excessif.

3.4 Facteurs de stress

Il y a six études, dont les quatre déjà citées dans le chapitre précédent, qui proposent des résultats concernant les facteurs provoquant du stress chez les infirmières.

La première recherche est celle de Totman et al. (2011), qui aborde le thème des facteurs influençant le moral du personnel travaillant dans des hôpitaux psychiatriques d'Angleterre. L'enquête s'est faite à l'aide d'entrevues semi-structurées et d'entretiens individuels dans sept services de psychiatrie (trois unités de psychiatrie adulte aigue, une unité de réhabilitation, une unité de réhabilitation médico-légale, une unité de pédopsychiatrie et une unité de soins psychiatriques intensifs). La majorité des participants a été séparée en deux groupes pour chacun des services interrogés. Il y avait dans le premier groupe des infirmières, des médecins, des ergothérapeutes,... et le second groupe comprenait principalement les cadres supérieurs. Au total, il en résulte 12 groupes de discussion, 24 entretiens individuels et 7 entretiens personnels avec les cadres. Les auteurs ressortent trois résultats concernant les facteurs de stress. Tout d'abord, le premier est en lien avec le type de patients. En effet, la sévérité des perturbations du client et la diversité des pathologies ont un impact sur le moral du personnel et ceci principalement dans les services de soins aigus car le travail y est plus stressant. De plus, les résultats montrent aussi que les rechutes et les réadmissions des patients amènent du désabusement et de la frustration chez les infirmières. Ensuite, il est mentionné que les

agressions et la violence fréquente sont des facteurs de risque pour les infirmières et surtout que les stratégies pour réduire ces risques ne sont pas suffisantes. Tous ces éléments pèsent sur le moral du personnel. Pour terminer, les infirmières ont aussi déclaré avoir des sentiments négatifs en lien avec le manque de temps qu'elles ont pour être auprès des patients (le contact avec les patients est enrichissant et motivant).

En deuxième, les auteurs Burnard et al. (2000) ont réalisé une étude portant sur les facteurs de stress et les stratégies d'adaptation des infirmières communautaires en santé mentale au pays de Galle. Ils ont procédé à cette enquête à l'aide d'un livret de questionnaires (trois questions ouvertes sur le stress, le *General Health Questionnaire*, le *Maslach Burnout Inventory*, le *Modified Rosenberg Self-Esteem Scale*, le *Stress Questionnaire* et le *PsychNurse Coping Questionnaire*), qu'ils ont distribué à 614 infirmières de dix établissements psychiatriques. Les chercheurs ont récupéré et analysé 301 livrets, cependant l'étude présente n'aborde que les résultats des trois questions ouvertes. Il en ressort de nombreux facteurs de stress liés aux patients tels que les admissions des patients, les clients difficiles et agressifs, la non-compliance médicamenteuse, les auto-mutilations, les interventions de crise, la non-participation aux thérapies, la difficulté dans les références en lien avec la relation avec le patient, les problèmes de sécurité (pour les patients ou pour les infirmières) et les difficultés de faire face aux comportements suicidaires. Les infirmières interrogées ont aussi mentionné un certain nombre de sources de stress n'étant pas en lien avec les patients. Il s'agit de la charge et de la surcharge de travail, du manque de supervision, de la grande quantité de travail administratif, du travail en interdisciplinarité, des changements dans l'équipe, des problèmes interpersonnels (soit avec des membres de l'équipe ou de la direction), du travail de veille et des remplacements en raison des congés et des arrêts maladies. De plus, il a été relevé dans cette étude que les aspects les plus stressants pour les infirmières sont souvent la surcharge de travail, les papiers administratifs et la gestion (Carson et al., 1995). Pour terminer, les résultats confirment que les premières causes de stress sont principalement la relation avec les patients qui sont difficiles à gérer et la violence rencontrée régulièrement dans les milieux psychiatriques.

Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses (Fagin et al., 1996) est la troisième étude amenant des résultats sur les facteurs de stress. Les infirmières affirment se sentir plus stressées lorsque les effectifs sont insuffisants pour couvrir les situations potentiellement dangereuses et quand elles doivent faire face à des changements dans le service. De plus, il est mentionné que le fait que le moral soit bas et l'ambiance peu favorable dans le service et au sein de l'organisation, rend les infirmières plus stressées. Ces dernières sont aussi males avec le fait de voir que certains soins individuels aux clients sont sacrifiés pour cause de manque de personnel. Pour terminer, elles déclarent que l'absence de plus d'implications de la direction et les rotations internes du personnel jouent un rôle sur leur moral et leur niveau de stress.

Le quatrième article abordé en lien avec les facteurs de stress est celui de Jenkins et Elliott (2004). Les résultats montrent que les infirmières qualifiées sont stressées par le manque de ressources, de personnel adéquat et de couverture (sécurité) appropriée ainsi que par la charge de travail. En ce qui concerne les infirmières non-qualifiées, leur stress est associé aux difficultés liées aux patients, aux menaces physiques de ces derniers et à leur exigence. De plus, le manque d'effectif suffisant (la dotation) est ressorti comme l'un des principaux facteurs de stress. Les infirmières ont aussi le sentiment d'être parfois débordées en raison de la diversité des pathologies rencontrées dans les services. Pour terminer, l'augmentation de la quantité des tâches administratives amène un stress supplémentaire en lien avec la charge de travail (Higgins et al., 1999), qui est considérée comme ayant la plus forte association avec l'épuisement émotionnel (Duquette et al., 1994).

Cinquièmement, il y a l'étude de Reissner et al. (2009) qui apportent quelques résultats intéressants sur le thème. Les auteurs mentionnent que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont associés à la domination des stratégies d'adaptation passives, à la faible auto-efficacité et à une faible satisfaction au travail. De plus, les résultats ont montré que les hommes sont plus susceptibles de souffrir de dépersonnalisation et que le nombre d'années d'expérience dans le métier peut être un facteur d'épuisement professionnel. Pour terminer, les résultats de cette étude ont aussi souligné le fait que les patients gravement atteints (comme par exemple à Stockholm) sont une cause

première de l'épuisement des infirmières, à l'inverse des patients plus stables (comme à Zurich) qui peuvent être des facteurs protecteurs et motivants.

La sixième et dernière recherche traitant des facteurs de stress est celle d'Edwards et Burnard (2003). Dans cette étude, les auteurs ont recensé divers résultats dont deux d'entre eux sont les difficultés relationnelles (entre infirmières et avec les chefs) et la capacité à travailler en équipe. Ceci représente des facteurs de stress déterminants chez les infirmières de santé mentale (Trystad, 1986). D'autres aspects tels que l'administration/organisation, les conflits et les ressources limitées augmentent de manière élevée le stress du personnel soignant (Dawkins et al., 1985). De plus, un mauvais environnement de travail a été associé avec la dépression et le burnout. De manière générale, il est ressorti que les sources de stress pour les infirmières sont les suivantes : l'administration et les préoccupations organisationnelles, les relations avec les patients, la grande charge de travail, les conflits interpersonnels et au travail, les changements professionnels, le niveau de dotation, le maintien des normes, l'encadrement insuffisant et le fait de douter de soi. Pour terminer, il y a aussi de nombreux facteurs qui accroissent le niveau de stress des professionnels de la santé. Les principaux sont l'insatisfaction au travail et face aux conditions de travail, la réduction du temps de relation avec les patients, le niveau de responsabilités, la qualité médiocre de l'aide sociale, le travail de nuit, les nombreux cas et dossiers ainsi que l'augmentation des tâches administratives.

3.5 Modérateurs de stress et stratégies de gestion du stress

Les études donnant des résultats sur les modérateurs de stress et les stratégies de gestion du stress sont au nombre de cinq. Elles ont déjà amené des résultats dans le chapitre « facteurs de stress ».

La recherche de Totman et al. (2011) démontre que les relations au sein de l'équipe ainsi que sa composition sont très importantes afin de maintenir le bon moral des infirmières. Il est positif pour le stress et le moral de faire régner un travail d'équipe, au sein de laquelle les relations entre collègues sont bonnes.

De plus, le soutien ainsi que l'ouverture d'esprit et l'acceptation de tous les points de vue doivent être présents. Ensuite, le fait d'avoir un niveau de dotation correct diminue le stress. En effet, cela permet de diminuer la pression, d'avoir des temps de repos convenables et de se former d'avantage. Un autre résultat ressorti est que le fait d'avoir un leadership efficace et solide ainsi que de la cohérence dans la direction et dans les structures (protocole uniforme, ligne directrice pour l'organisation) est une aide certaine. Effectivement, cela permet le maintien du moral et l'assurance des infirmières ainsi que la facilitation de la communication, la stabilité, la clarté et la confiance. Un autre aspect positif pour le stress est une organisation plus large des services, avec des chefs à l'écoute du personnel malgré les obstacles budgétaires et politiques. Puis, il a aussi été relevé par les infirmières que d'avoir la possibilité de faire entendre sa voix (participation à la prise de décisions et de propositions, accès à la direction,...) leur permet de garder un bon moral. Les auteurs mentionnent aussi que le soutien émotionnel et la gestion efficace des incidents agressifs apportent au personnel un meilleur moral et la capacité de travailler en équipe. Passer du temps avec les patients (conversation, activités,...) ainsi que les aider à récupérer procurent une très grande satisfaction auprès des infirmières et ces dernières se sentent valorisées dans leur rôle. De manière générale, il est fortement ressorti que le soutien des paires et une équipe soudée (camaraderie, loyauté et collaboration) ont la plus grande influence sur le moral du personnel. De plus, le fait d'avoir des responsabilités et de l'autonomie dans le travail renforce le moral. En lien avec ce qui a été cité ci-dessus et pour conclure les résultats de cette étude, les stratégies principalement ressorties afin d'améliorer le moral sont les suivantes : augmentation de la dotation, maximiser l'autonomie, des protocoles clairs et précis, promouvoir la relation patient-soignant, améliorer les réponses à la violence et le soutien moral.

Reissner et al. (2009) amènent également quelques résultats concernant les modérateurs de stress et les stratégies pour faire face à l'épuisement. Tout d'abord, les résultats montrent que les stratégies actives sont plus efficaces et préférées aux stratégies passives. En effet, il a été prouvé que les personnes souffrant de haut degré d'épuisement émotionnel utilisent les stratégies

passives au contraire des individus avec un score plus faible d'épuisement. Ensuite, un aspect protecteur d'épuisement pour les infirmières est d'être actives dans la résolution des problèmes du patient, d'avoir une haute auto-efficacité (le personnel se perçoit lui-même comme plus efficace pour résoudre les problèmes) et une vision positive du travail ; cela augmente leurs sentiments d'accomplissement personnel. Pour terminer, il a aussi été prouvé dans cette étude que les patients plus stables sont bénéfiques pour les soignants. Effectivement, le fait de bien prendre en charge les patients (abstinence, thérapies, réadaptation, règles,...) amène ces derniers à être plus stables et motivés et ainsi cela améliore la satisfaction et la motivation des soignants.

Dans la recherche de Fagin et al. (1996), il ressort trois modérateurs principaux de l'épuisement : le soutien social, la « robustesse » et les capacités d'adaptation de la personne (Duquette et al., 1994). De plus, divers autres adaptateurs, concernant principalement des ressources personnelles et étant une aide pour ne pas être stressé, sont cités. Il s'agit de l'estime de soi (Turner et Roszel, 1994), du soutien social (Brugha, 1995), de la maîtrise et du contrôle personnel (Pealin et al., 1981), de la stabilité émotionnelle (Eysenck et Eysenck, 1975) et d'une bonne libération psychologique de certains processus tels que la capacité de se détendre, avoir et conserver le sens de l'humour et la capacité de pouvoir se défouler par moment.

Les résultats amenés par Burnard et al. (2000) sur le thème sont divers. Tout d'abord, ils mentionnent qu'il faut avoir des qualités et des méthodes personnelles telles que la capacité de se détendre, la confiance en soi et en ces capacités, le sens de l'humour ainsi que la religion et la conviction spirituelle. De plus, le fait d'avoir des hobbies et des intérêts en dehors du boulot ainsi qu'une vie privée « heureuse » aident au maintien d'un bon moral. Il est aussi déclaré que les approches personnelles (relaxation, yoga,...), la capacité de « switcher » en fin de journée et de s'accorder des pauses étaient de très bonnes stratégies pour éviter l'épuisement. Pour conclure les résultats de cette étude, d'autres stratégies encore ont été citées comme étant primordiales : une bonne organisation et administration, connaître son rôle, avoir de bonnes connaissances du patient et l'expérience (âge et maturité), et pour terminer un environnement de travail favorable et flexible.

La dernière étude apportant des résultats sur les stratégies d'adaptation et des modérateurs de stress est celle d'Edward et Burnard (2003). Cette recherche nous donne un large échantillon de résultats de divers écrits, de différents auteurs, utilisés pour la réalisation de la revue de littérature des chercheurs cités ci-dessus. Tout d'abord, Carson et Kuipers (1998) ont identifié sept modérateurs de stress : un niveau élevé de l'estime de soi, de bons réseaux de soutien, de la « robustesse », de bonnes capacités d'adaptation, la maîtrise et le contrôle personnel, la stabilité émotionnelle ainsi qu'un bon processus de libération physiologique. Ces modérateurs ont aussi été mentionnés dans les quatre études précédentes. De plus, Turner et Roszell (1994) appuient le fait que l'estime de soi est probablement le plus important de ces modérateurs de stress. En effet, si la personne a une bonne estime d'elle-même, elle ressentira un sentiment d'auto-efficacité plus élevé. Ensuite, il est important d'être satisfait au travail pour ne pas être trop stressé. Les caractéristiques de la satisfaction des infirmières au travail peuvent être le fait d'avoir un travail intéressant, des responsabilités dans le service et de bonnes relations interpersonnelles avec les collègues (Farrell et Dares, 1999). De plus, les auteurs déclarent que pour éviter l'épuisement professionnel, il est nécessaire de s'épanouir au travail, d'avoir une charge de travail pas trop élevée et un climat de travail favorable ainsi que, comme déjà cité à de nombreuses reprises, avoir de l'estime de soi. Puis les auteurs de cette revue de littérature ont recensé les résultats de six études menées au Royaume-Uni sur les interventions de gestion du stress. Il en ressort qu'il existe des techniques personnelles qui peuvent nous aider à gérer notre stress et à développer des capacités pour affronter l'anxiété. Il s'agit des techniques de relaxation (relaxation musculaire progressive de Jacobsen) et de la détente (médiation clinique standardisée, auto-hypnose) (Watson, 1986). Une autre stratégie intéressante et efficace sont les ateliers de gestion du stress (Kunkler et Whittick, 1991). Ces ateliers permettent de réduire l'épuisement professionnel en abordant les thèmes du stress, de l'épuisement, des techniques de gestion et la relaxation. Cela se fait autour de discussions entre infirmières sur les sujets mentionnés ci-dessus. De plus, elles ont la possibilité d'échanger avec les autres participants sur les situations difficiles qu'elles rencontrent au sein de leur travail. Pour terminer, d'autres stratégies plus ciblées ressortent de cette étude: le soutien social, avoir des relations

stables, reconnaître ses limites, faire face aux problèmes immédiatement, avoir une bonne forme physique, avoir des stratégies personnelles et avoir une bonne vie privée ainsi que des intérêts autres que le travail.

3.6 Formations / Soutien social / Supervision

La formation, le soutien social et la supervision sont trois stratégies de gestion du stress et modérateurs de l'épuisement professionnel, qui sont ressortis de manière significative et comme étant efficaces, dans la majorité des douze études retenues pour la réalisation de cette revue étoffée de littérature.

- **Formation :**

Dans l'étude de Gilbody et al. (2006), il est montré que l'éducation et la formation (formation en communication, formation pour l'utilisation d'interventions psycho-sociales,...) améliorent les compétences du personnel et par conséquent, augmentent la satisfaction au travail, diminuent l'épuisement, le stress et le roulement du personnel. Elles permettent aussi aux infirmières de faire face aux difficultés rencontrées. Clancy et al. (2006) soulignent aussi dans leur recherche que les formations continues sont indiquées en lien avec la difficulté des prises en charges et qu'elles protègent contre l'épuisement. Cependant, il a été relevé dans l'écrit de McLaughlin et al. (2006) qu'il existe un réel manque d'éducation sur la thématique de la toxicomanie et que les possibilités de formations pour les professionnels, concernant la prise en charge des personnes dépendantes, font défauts. De plus, dans les résultats de l'étude de Happell et al. (2002) il est mentionné que les infirmières ressentent l'envi d'en savoir beaucoup plus sur la toxicomanie et seraient heureuses de pouvoir suivre des formations continues. Ces résultats prouvent que les programmes de formation et d'éducation sur cette thématique sont nécessaires et doivent être mis à disposition des infirmières. Le fait de faire bénéficier les infirmières de formations dans ce domaine amènerait de nouvelles connaissances et pratiques à ces dernières et ainsi améliorerait la prise en charge des toxicomanes

(Peckover et Chidlaw, 2007). Concernant le bénéfice de l'éducation et de la formation pour le moral des infirmières, les études de Burnard et al. (2000) et de Totman et al. (2011) ont montré que la formation et l'éducation sont l'une des principales stratégies pour éviter l'épuisement. En effet, la formation est positive et favorable pour maintenir un bon moral, la confiance en soi et la clarté des rôles. Cependant, ces auteurs relèvent à nouveau le fait qu'il y a des difficultés d'accès à ces cours et aussi un manque de temps pour y participer. Pour terminer, Edwards et Burnard (2003) apportent aussi quelques résultats en lien avec ce sujet. Dans leur recherche, il a été montré par Milne et al. (1986) que la formation en techniques comportementales (évaluation comportementale, apprentissage et thérapie comportementale) améliore la satisfaction au travail et diminue le taux de congés maladies des infirmières en psychiatrie. Cette formation est réellement décrite comme un bon moyen. De plus, elle aide les infirmières à développer leurs compétences et connaissances dans la prise en charge des patients et ainsi traiter de manière efficace ces derniers. Lemme (2000), cité par Edwards et Burnard (2003) a aussi prouvé, à la suite d'une expérience faite auprès d'infirmières en psychiatrie, que le niveau de détresse psychologique et d'épuisement professionnel a diminué de manière significative après un suivi de 15 semaines de formation. Il a aussi été démontré dans la recherche d'Ewers et al. (2002), cité par Edwards et Burnard (2003), qu'une formation en lien avec les interventions psychosociales ont eu un effet significativement positif sur le niveau d'épuisement professionnel d'un groupe d'infirmières en santé mentale.

- Soutien social :

Dans la littérature, nous trouvons un certain nombre d'études considérant le soutien social comme une très bonne chose pour éviter l'épuisement, l'une des meilleures stratégies d'adaptation pour faire face au stress et pour affronter les prises en charge difficiles des patients (Burnard et al., 2000, Clancy et al., 2006, Fagin et al., 1996, Totman et al., 2011, Gilbody et al., 2006, Jenkins et Elliott, 2004 et Edwards et Burnard, 2003). En effet, le soutien formel et informel est central pour le

succès d'une équipe et d'un bon moral ; il permet de solidifier les rôles, les responsabilités et la confiance. De plus, il est très important de se sentir soutenu et valorisé, surtout à la suite d'incidents violents (souvent rencontrés en psychiatrie) (Totman et al., 2011). Dans l'étude de Gilbody et al. (2006), les résultats concernant le soutien social sont les suivants. L'amélioration, l'utilisation et l'extension des réseaux de soutien social peuvent augmenter de manière significative le bien être psychologique des infirmières. Cependant, les auteurs de cette recherche soulignent le fait que malgré l'utilité de ces stratégies de soutien pour les infirmières ayant besoin de se sentir soutenu dans leur rôle, ces dernières ne sont pas toujours mises en pratique en raison du manque de temps et de l'accord des directions. Jenkins et Elliott (2004) apportent aussi des résultats intéressants sur cette thématique. Ils ont relevé que des niveaux plus élevés de soutien social sont associés à des degrés plus faibles d'épuisement professionnel. De plus, l'étude montre aussi que le plus grand soutien, baissant le niveau d'épuisement émotionnel, est celui des collègues. En effet, ces derniers sont plus accessibles et plus aptes à fournir un soutien adéquat que les sources externes de soutien. Il a même été mentionné que 85% des professionnels cherchent l'appui et le soutien des collaborateurs de travail (Dallender et al., 1999, cité par Jenkins et Elliott, 2004). Burnard et al. (2000) appuient ceci dans leur étude en disant que la stratégie la plus favorisée est le soutien des collègues et des autres professionnels (contact journalier, réunions informelles, facilité de l'accès du soutien). De plus, le soutien joue le rôle de tampon entre le stress et la dépersonnalisation ; il y a une relation positivement importante entre les facteurs de stress et la dépersonnalisation en lien avec un niveau élevé de soutien social (mais pas pour les niveaux inférieurs de soutien) (Jenkins et Elliott, 2004). Pour terminer, la dernière étude amenant des aspects intéressants en lien avec le soutien social est celle d'Edwards et Burnard (2003). Les infirmières ont déclaré se sentir plus satisfaites au boulot et en meilleure santé lorsqu'elles possèdent un plus grand soutien social sur le lieu de travail ainsi que dans la vie privée (Munro et al., 1998). Cette déclaration a été aussi appuyée par Dorr et al. (1980), qui ont constaté que la

satisfaction et la diminution du stress au travail auprès des infirmières sont liées au climat social qui règne dans l'unité de soin.

- Supervision :

La supervision est souvent ressortie dans les études comme étant une bonne intervention et une stratégie de gestion du stress ainsi que comme une nécessité pour éviter l'épuisement professionnel (Clancy et al., 2006, Gilbody et al., 2006, Burnard et al., 2000, Totman et al., 2011 et Edwards et Burnard (2003). L'étude menée par Burnard et al (2000) n'a pas montré que les infirmières de l'échantillon favorisent la supervision clinique, qui est pourtant un bon moyen de réduire le stress. En effet, elle offre la possibilité de traiter de nombreux problèmes que nous rencontrons dans la pratique. Elle induit une augmentation du sentiment de soutien et de bien-être, une élévation du moral et de la satisfaction du personnel et par conséquent, elle permet de diminuer les maladies et les absences des professionnels de la santé (Butterworth et al., 1998, cité par Burnard et al., 2000). De nombreux autres auteurs louent les bienfaits de la supervision dans l'écrit de Burnard et al. (2000). Halberg et Norberg (1993) déclarent que la supervision clinique octroie une confiance accrue et une diminution de la tension émotionnelle et de l'épuisement émotionnel. Berg et al. (1994) mentionnent que la supervision est bénéfique pour améliorer la créativité et à nouveau pour diminuer l'épuisement professionnel. En lien avec ceci, nous pouvons nous poser la question de pourquoi la population d'infirmières de l'étude de Burnard et al. (2000) ne valorise pas la supervision ? Il a tout de même été signalé dans cette étude que de nombreux problèmes sont rencontrés dans la mise en place des supervisions. Il s'agit de la charge de travail croissante, du manque de temps (en raison de la pénurie du personnel) et du grand nombre d'activités au travail (Bishop, 1998). Ensuite, l'étude de Totman et al. (2011) approuve aussi l'effet favorable de la supervision. De plus, ces auteurs déclarent que la supervision (comme déjà mentionné plus haut pour le soutien social) est vitale pour la réussite d'une équipe et un bon moral des infirmières. Pour terminer ce chapitre de résultats concernant la supervision, l'efficacité de cette

dernière a été examinée à l'aide de trois études suédoises sur une période d'un an dans la recherche d'Edwards et Burnard (2003). Il en est ressorti que la valeur du score moyen de l'ennui a diminué de manière significative en lien avec l'épuisement mental. De plus, il a aussi été souligné que la satisfaction face aux facteurs relatifs aux soins infirmiers ainsi qu'au travail en lui-même a augmenté de manière très significative au fil du temps. Cela concerne surtout la satisfaction dans la coopération, les responsabilités, l'organisation et la qualité des soins ainsi que le confort dans le travail en général.

4. Discussion

4.1 Résultats en lien avec les concepts et question de recherche

Dans ce chapitre, une synthèse des principaux résultats vous est présentée et des liens avec les concepts sont faits. De plus, des explications et une argumentation concernant ces résultats sont donnés en lien avec la question de recherche et les réponses que ces derniers nous apportent.

4.1.1 Perceptions, attitudes, connaissances, compétences et expériences des infirmières dans la prise en charge des toxicomanes et la qualité des soins

Les résultats abordent la difficulté de la prise en charge des toxicomanes ainsi que toutes les représentations négatives que le personnel soignant peut avoir pour cette population. Il en résulte que le travail en addiction est parfois perçu comme un défi et que c'est une « spécialité de la psychiatrie » (Clancy et al., 2006, Ben Natan et al., 2009). De plus, de nombreux soignants ne veulent pas traiter ce genre de clients en raison de la difficulté et du profil des patients (McLaughlin et al., 2006). En effet, certaines infirmières ont des regards

pessimistes, des opinions négatives et des stéréotypes face aux toxicomanes en lien avec la violence/agressivité, le caractère manipulateur et les comportements abusifs de cette population (McLaughlin et al., 2006, Ben Natan et al., 2009, Peckover et Chidlaw, 2007). Il a été montré que cela amène parfois les infirmières à se sentir déprimées par ces prises en charge et par des efforts non récompensés (McLaughlin et al., 2006). Elles affirment, selon leur lieu de travail, manquer de connaissances et compétences dans le traitement des toxicomanes (McLaughlin et al., 2006, Peckover et Childaw, 2007, Happel et al., 2002). Il en résulte des soins de qualité inférieur par rapport aux autres patients, un service minimal et des besoins non satisfaits (Peckover et Childaw, 2007, Ben Natan et al., 2009). La conclusion est que les toxicomanes sont encore victimes de stigmatisation ainsi que de préjudices et par conséquent parfois discriminés dans leur prise en charge (Ben Natan et al., 2009, Peckover et Childaw, 2007).

Ces résultats peuvent être mis en lien avec la problématique présentée au début de ce travail. En effet, nous avons vu plus haut que les représentations négatives des toxicomanes sont encore bien présentes dans les mentalités et que la prise en charge de cette population est parfois un réel « challenge » pour les soignants. De plus, il a été montré que cette difficulté amène les soignants à se sentir désabusés et épuisés face au traitement de ces personnes. Ces résultats appuient tous ces éléments et nous pouvons aussi les associer au concept de la toxicomanie, qui nous l'avons vu est une pathologie très spécifique et dont les définitions et approches sont nombreuses. De plus, l'addiction est un mécanisme complexe, dans lequel la guérison s'amorce par un long processus d'accompagnement du patient dans l'ambivalence et les rechutes, qui sont nécessaires à la réussite vers la stabilité du patient (Roue du changement de Prochaska et Di Clemente). Au travers de cela, nous pouvons comprendre que la vision des toxicomanes est encore parfois négative, que les prises en charge sont difficiles et que les soignants se fatiguent.

Ces données ne répondent pas directement à ma question de recherche, cependant il est important que les gens et surtout les infirmières prennent conscience des éléments présentés ci-dessus et changent leurs représentations sur cette population. En effet, cette prise de conscience

permettrait d'amener certains soignants à modifier leurs représentations et ainsi avoir l'envi de se former et d'offrir de meilleures prises en charge à cette population. De plus, le fait d'avoir des connaissances et des compétences aide les soignants à traiter les patients de manière adéquate, en considérant la personne pour ce qu'elle est et non pas seulement au travers de la dépendance. Pour terminer, en lien avec ceci, les soignants se sentiraient peut être moins dépassés par les soins aux toxicomanes et seraient satisfaits des soins qu'ils prodiguent, les amenant à diminuer leur stress et l'épuisement professionnel.

4.1.2 Compétences et rôle des infirmières travaillant en toxicomanie

Clancy et al. (2006) déclarent qu'il faut avoir un certain nombre de qualités personnelles importantes pour travailler avec les toxicomanes. En effet, il faut être « robuste » et résistant, ne pas être trop timide et naïf, avoir de la patience, de la tolérance et la capacité de non jugement, être « strict mais juste » et pour terminer être capable de réfléchir rapidement ainsi que d'être flexible et réactive. De plus, il est mentionné que l'acquisition du rôle ainsi que des compétences dans les soins aux toxicomanes se fait en cinq étapes : la rencontre, l'engagement, la stabilisation, la compétence et la maîtrise.

Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec la prise en charge difficile des toxicomanes, le Référentiel de compétences des infirmières Bachelor et le concept de toxicomanie. En effet, nous avons vu que les soins aux toxicomanes sont parfois un « défi » et les données ci-dessus prouvent qu'il faut avoir un certain panel de compétences pour travailler avec cette population. Les neuf compétences (Référentiel de compétences des étudiants Bachelor HES-SO en soins infirmiers) acquises par la étudiantes à la fin de leur formation sont « la base » pour commencer dans les soins. Au travers de ces résultats et de la complexité du concept de la toxicomanie, nous voyons qu'il est nécessaire de développer de nouvelles connaissances et compétences pour être efficace et « survivre » au travail en addiction. Nous avons vu que l'acquisition de ce rôle se fait progressivement et que cela n'est pas facile car la toxicomanie est une

spécificité complexe. De plus, les soignants peuvent très vite avoir envi d'abandonner et s'épuiser.

Tous ces éléments nous apportent une réponse indirecte à la question de recherche. En effet, nous savons à présent que pour travailler en addiction, les compétences « de base » de l'infirmière ne sont pas toujours suffisantes. Il faut en développer d'autres et passer par différentes étapes dans l'acquisition du rôle. Cette progression n'est pas facile et peut amener le soignant à s'épuiser s'il n'est pas préparé. D'où l'importance d'être conscient de ces aspects, de se former et de développer ces connaissances et compétences en lien avec la toxicomanie. La compréhension des phénomènes ainsi que de meilleures compétences protègent d'une certaine manière les soignants de l'épuisement.

4.1.3 Stress et épuisement professionnel

Les résultats nous ont montré que trois personnes sur dix travaillant en tant qu'infirmière en santé mentale souffrent de détresse psychologique significative (Fagin et al., 1996). En Europe, des études ont indiqué qu'un tiers du personnel soignant les toxicomanes est atteint d'épuisement professionnel et principalement d'épuisement émotionnel, dont 29% des infirmières souffrent de symptômes graves (Reissner et al., 2009). Dans l'étude de Jenkins et Elliott (2004), le degré d'épuisement émotionnel s'élève à 51,6% et le niveau élevé de stress est associé à un plus grand degré d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Pour terminer, il est aussi ressorti que pour les infirmières au Royaume-Uni, l'épuisement émotionnel se situe entre 22% et 51%, la dépersonnalisation entre 7% et 45% et que la diminution de l'accomplissement personnel est entre 27% et 42% (Edwards et Burnard, 2003). En conclusion, la littérature nous prouve que le niveau de stress chez les infirmières en psychiatrie est excessif.

Ces données coïncident et appuient les éléments relevés dans la problématique en lien avec les ressentis des soignants. En effet, il est très important de prendre en considération les émotions des infirmières et de les protéger contre l'épuisement. Nous avons vu que la toxicomanie est une

pathologie spécifique, complexe et que les soignants peuvent très vite se sentir frustrés et fatigués lors de prises en charge trop difficiles. Il est alors question d'identification et de prévention de l'épuisement professionnel. Ce dernier a été conceptualisé par Maslach et Jackson et il a été développé dans la première partie de ce travail. Nous savons que l'épuisement provient du stress subi par les infirmières et qu'il existe trois dimensions de l'épuisement : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel. Nous avons vu que le personnel soignant en psychiatrie souffre d'un stress excessif et par conséquent l'épuisement s'installe. En lien avec ce concept, nous constatons que la majorité des infirmières souffre d'épuisement émotionnel et que la dépersonnalisation ainsi que la diminution de l'accomplissement personnel n'atteignent pas autant de personnes. Nous avons vu dans l'explication du concept que « l'ultime étape » de l'épuisement professionnel est la diminution de l'accomplissement personnel. Hors, comme déjà mentionné, nous avons vu que les infirmières sont majoritairement touchées par l'épuisement émotionnel, qui est la toute première étape amenant à l'épuisement professionnel. Par conséquent, ceci nous laisse penser qu'il faut prendre sérieusement cette problématique en considération afin d'éviter que la situation s'aggrave en obtenant des degrés toujours plus élevés de dépersonnalisation et de diminution d'accomplissement personnel. De plus, nous pouvons déduire qu'il est plus facile d'agir et d'aider les personnes souffrant d'un début d'épuisement professionnel que les personnes déjà complètement dépersonnalisées et avec un manque total d'accomplissement personnel.

Ces résultats prouvent que le stress et l'épuisement professionnel deviennent de graves problèmes chez les infirmières en psychiatrie et ceci est encore plus vrai chez les infirmières en addiction. En effet, le stress est déjà présent en psychiatrie générale donc en raison de la spécificité de la toxicomanie, des caractéristiques des patients et de la difficulté de la prise en charge, le travail des infirmières traitant les toxicomanes peut être encore plus stressant. Tous ces éléments appuient l'intérêt et l'importance de se pencher sur les stratégies pour éviter l'épuisement des infirmières. Pour terminer, les infirmières en formation sont sensibilisées au phénomène du stress mais elles n'apprennent

pas spécifiquement à développer des compétences adéquates pour faire face à ce dernier. C'est pourquoi, il est nécessaire après la formation de continuer à développer des connaissances et des compétences en lien avec le stress, afin de comprendre le mécanisme du stress, de savoir identifier et appliquer de bonnes stratégies de gestion du stress et ainsi éviter ou diminuer l'épuisement professionnel.

4.1.4 Facteurs de stress

De nombreux facteurs de stress ont été identifiés dans ce chapitre. Totman et al. (2011) ressortent qu'il y a des facteurs liés aux patients (diversité des pathologies, rechutes, réadmissions, comportements agressifs) et des facteurs externes (manque de temps, violence). Burnard et al. (2000) mentionnent que les aspects les plus stressants pour les infirmières sont la surcharge de travail, les papiers administratifs et la gestion. Ceci en plus de nombreux autres facteurs tels que la non-compliance médicamenteuse, les auto-mutilations, les conflits interpersonnels, le manque de supervision et les problèmes de sécurité. De plus, les relations difficiles avec les patients ainsi que la gestion de la violence ont été identifiées comme principales sources de stress. Le manque de personnel, les effectifs insuffisants, la mauvaise ambiance de travail et un moral bas dans l'équipe ont aussi été relevés comme éléments stressants (Fagin et al., 1996, Jenkins et Elliott, 2004). Il a été montré que l'augmentation de la quantité des tâches administratives amène un stress supplémentaire dans la charge de travail et cela est fortement associé avec l'épuisement émotionnel (Jenkins et Elliott, 2004). De plus, le niveau d'atteinte du patient (crise-stabilité) est aussi une des causes premières d'épuisement (Reissner et al., 2009). Pour terminer, Edwards et Burnard (2003) déclarent que les principaux facteurs de stress sont les suivants : l'administration et les préoccupations organisationnelles, les relations avec les patients, la grande charge de travail, les conflits interpersonnels, le niveau de dotation, l'encadrement insuffisant, le fait de douter de soi ainsi que la réduction du temps à disposition pour être auprès des patients.

Ces résultats peuvent être mis en lien avec les difficultés des prises en charge, étant donné qu'elles sont elles-mêmes un facteur important de stress. De plus, ces nombreux facteurs montrent que la relation avec les patients en psychiatrie n'est pas facile et qu'elle demande de l'énergie, d'autant plus dans le traitement des addictions en raison de la complexité de la pathologie et des caractéristiques des toxicomanes. Tous ces facteurs en lien avec les patients mais aussi tous les autres éléments vécus comme stressants amènent du stress et, comme nous l'avons déjà vu plus haut, peuvent pousser les infirmières à s'épuiser émotionnellement. A plus long terme, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel peuvent s'installer, amenant la personne à souffrir d'épuisement professionnel sévère et ainsi à ne plus pouvoir assurer des soins de qualité et même à ne plus être capable de travailler.

Concernant la question de recherche, les résultats ci-dessus sont tout à fait pertinents et à prendre en considération. En effet, si nous souhaitons agir sur le stress afin de trouver des stratégies d'adaptation et de gestion du stress et ainsi éviter l'épuisement, nous devons en premier lieu connaître les causes de stress chez les infirmières en psychiatrie. Par conséquent, ceci est la première stratégie : connaître et agir sur ces facteurs pour diminuer le stress.

4.1.5 Modérateurs de stress et stratégies de gestion du stress

Il est ressorti de nombreux moyens pour diminuer et pour gérer le stress. Les principaux aspects sont l'augmentation de la dotation, la maximisation de l'autonomie, la promotion de la relation patient-infirmière, l'amélioration des réponses à la violence, le soutien moral (soutien des paires et équipe soudée) ainsi que le fait que les infirmières aient la possibilité de faire entendre leur voix (Totman et al., 2011). Il a aussi été relevé qu'une vision positive du travail et une haute auto-efficacité aident à maintenir un bon moral (Reissner et al., 2009). Dans l'étude de Fagin et al. (1996), trois modérateurs essentiels ont été recensés : le soutien social, la « robustesse » et les capacités d'adaptation de la personne. Ces auteurs accordent aussi une importance à une bonne estime

de soi, à la maîtrise et au contrôle personnel, à la stabilité émotionnelle ainsi qu'à une bonne libération psychologique (se détendre, avoir le sens de l'humour, savoir se défouler). Burnard et al. (2000) confirment aussi toutes ces stratégies et ajoutent le fait qu'il faut avoir confiance en soi et qu'il est important d'avoir des hobbies ainsi que des intérêts en dehors du travail. La capacité de « switcher » en fin de journée et la pratique de la relaxation sont aussi cruciales. De plus, ces auteurs soulignent d'autres stratégies primordiales : une bonne organisation et administration, connaître son rôle, avoir de bonnes connaissances du patient et de l'expérience ainsi qu'un environnement de travail favorable. Pour terminer, Edwards et Burnard (2003) ont aussi identifié dans leur étude toutes les stratégies citées ci-dessus. Ils ont porté de l'importance aux stratégies suivantes : niveau élevé d'estime de soi, bons réseaux sociaux, « robustesse », bonnes capacités d'adaptation, charge de travail pas trop élevée, climat de travail favorable, techniques personnelles (relaxation, détente,...), ateliers de gestion du stress et reconnaissance ses limites.

Nous pouvons mettre toutes ces stratégies en lien avec les compétences infirmières, l'épuisement professionnel et le soutien social. En effet, nous avons vu de nombreuses stratégies demandant des capacités personnelles et d'adaptation. Pour acquérir ces capacités, les infirmières ont besoin d'avoir de nouvelles connaissances et donc de développer de nouvelles compétences afin d'accroître les compétences déjà acquises. Le développement de ces compétences leur facilitera l'identification et l'utilisation des stratégies de gestion du stress et ainsi leur permettra d'agir sur l'épuisement professionnel. En lien avec ce dernier, tous les moyens amenés ci-dessus peuvent avoir un impact positif sur l'épuisement professionnel en agissant comme une protection contre l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel.

Ces éléments répondent directement à la question de recherche et nous apportent un certain nombre d'aspects à prendre en considération et à améliorer afin d'éviter l'épuisement professionnel.

4.1.6 Formation / Soutien social / Supervision

La formation, le soutien social ainsi que la supervision ont été identifiés dans une grande partie des études comme étant de très bonnes stratégies afin de diminuer le stress et d'éviter l'épuisement professionnel. En effet, la formation permet aux infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances, pratiques et compétences en lien avec la difficulté des prises en charge et en particuliers les formations en techniques comportementales et en interventions psychosociales (Gilbody et al., 2006, McLaughlin et al., 2006, Edwards et Burnard, 2003). Concernant le soutien social, il est considéré par de nombreux auteurs comme étant la meilleure des stratégies pour faire face au stress et affronter les difficultés des prises en charge. De plus, il a été montré que le plus grand soutien est celui des collègues (85% des personnes cherchent l'appui de leurs collaborateurs) car ces derniers sont plus accessibles et plus aptes à fournir l'aide recherchée (Jenkins et Elliott, 2004, Burnard et al., 2000, Edwards et Burnard, 2003). Pour terminer, la supervision est vue dans la littérature comme une nécessité pour éviter le stress et un très bon moyen pour le réduire. Totman et al. (2011) déclarent même qu'elle est vitale pour la réussite d'une équipe et le maintien d'un bon moral.

Ces trois stratégies peuvent être mises en lien avec de nombreux éléments déjà mentionnés plus haut dans ce travail. En effet, en raison des prises en charge difficiles en psychiatrie et surtout en addiction, les infirmières ressentent diverses émotions et ont parfois de forts ressentis par rapport à ces situations difficiles. Le fait de pouvoir se former, d'avoir du soutien et de la supervision leur permettent de diminuer ce stress. De plus, nous pouvons aussi faire un lien entre la formation et les compétences infirmières. Effectivement, ces résultats nous prouvent que nous devons sans cesse se former afin d'acquérir de nouvelles compréhensions, connaissances, pratiques et compétences. Ces dernières nous aident à avancer dans l'acquisition de notre rôle et à nous protéger de l'épuisement. Pour terminer, nous savons que la formation, le soutien social et la supervision sont trois stratégies bénéfiques pour diminuer le stress. En lien avec les trois dimensions de l'épuisement professionnel, il est évident que ces moyens sont efficaces pour prévenir l'épuisement et pour

diminuer le stress des personnes souffrant d'épuisement émotionnel. Cependant, lorsque la personne est déjà à l'étape de la dépersonnalisation ou pire à celle de la diminution de l'accomplissement personnel, il lui sera peut être difficile d'avoir les ressources nécessaires pour suivre une formation ou les supervisions. Par rapport à cela, nous voyons que le soutien social reste l'une des meilleures stratégies et qu'il peut être utile à toutes les étapes de l'épuisement professionnel. En lien avec le concept du soutien social développé en première partie de ce travail, nous observons que ce dernier est considéré comme une stratégie de coping. Cependant, il est important de se pencher sur la qualité, la quantité et la nature du soutien social. En effet, les résultats nous disent que la majorité des professionnels recherche le soutien des collègues. Nous pouvons déduire que la qualité de leur soutien est adéquate et suffisante pour réduire le stress. De plus, le soutien social dépend aussi de notre réseau social (approche sociologique). Les infirmières ont un travail prenant et des horaires difficiles et de ce fait, nous pouvons poser l'hypothèse que leur réseau social est restreint d'où la recherche de soutien auprès des collègues. Pour terminer, la formation et la supervision sont aussi une sorte de soutien. En effet, nous avons vu dans le concept qu'il y avait différents types de soutien (formel, informel, informationnel,...) et la formation ainsi que la supervision peuvent être classées dans le soutien reçu et soutien au travail.

En lien avec la question de recherche, ces trois stratégies sont tout à fait pertinentes pour aider les professionnels à faire face au stress et elles permettent une bonne réflexion sur les choses à mettre en place.

4.2 Perspectives et implications pour la recherche et la pratique professionnelle / Recommandations pour l'avenir

Concernant les perspectives et les implications pour la recherche, les auteurs mentionnent différents aspects en lien avec les résultats trouvés. Tout d'abord, il est important que nous modifions nos représentations et nos stéréotypes envers les toxicomanes (cours, conférences, sensibilisation,...) (Ben Natan et al., 2009). Ensuite, en vue du manque de connaissances et de compétences

dans la prise en charge de cette population, il est recommandé d'y remédier en proposant plus de formations et d'éducation afin d'inciter et d'encourager les infirmières dans le traitement des dépendances. Il est aussi nécessaire d'offrir des soins équitables pour tous les demandeurs ainsi que pour rassurer et mettre en confiance les infirmières (Peckover et Chidlaw, 2007, Mclaughlin et al., 2006). De plus, il serait favorable de donner l'opportunité aux étudiants d'aller à la rencontre de cette population au cours de leur formation (Clancy et al., 2006). En lien avec le stress au travail, il est mentionné dans l'étude de Totman et al. (2011) que la mise sur pied de programmes pour améliorer le temps auprès du patient ainsi que la gestion de la violence serait bénéfique pour les infirmières. Le thème de la mise en place de groupes de soutien et de divers programmes de gestion du stress, de l'épuisement et du bien-être au travail est souvent signalé dans la littérature (Gilbody et al., 2006, Jenkins et Elliott, 2004). Ces programmes permettraient l'amélioration des techniques d'adaptation et l'obtention de conseils et d'aide afin de mettre en place des mesures de gestion de la qualité de vie au travail et ainsi favoriser la diminution de l'épuisement (Reissner et al., 2009). Edwards et Burnard (2003) recommandent de « s'attaquer » au problème à différents niveaux pour gérer le stress : éviter les problèmes sur le lieu de travail et minimiser les facteurs de stress, minimiser les effets négatifs du stress et aider les personnes souffrant d'épuisement professionnel. Pour terminer, de nombreux auteurs affirment qu'il n'y a pas énormément d'études qui ont été réalisées sur le sujet. Il est primordial de continuer à investiguer afin d'approfondir ce thème et surtout de tester empiriquement de manière encore plus rigoureuse les résultats déjà connus sur la thématique (Fagin et al., 1996, Burnard et al., 2000, Jenkins et Elliott, 2004).

Ces perspectives sont tout à fait pertinentes. Pour l'avenir et la pratique des soins, il est tout d'abord crucial de modifier les représentations négatives que les individus ont des toxicomanes. Cela pourrait se faire à l'aide de journées/programmes de sensibilisation mais aussi grâce à la réinsertion des personnes dépendantes dans la société. De plus, il est réellement nécessaire d'offrir plus de formations continues ainsi que d'éducation aux infirmières. Cela leur permettrait d'acquérir les compétences nécessaires ainsi qu'une expertise

suffisante pour offrir des soins de qualité à cette population et de prodiguer des soins égaux pour tout le monde (Droits des patients). Pour terminer, l'épuisement professionnel devient un problème de santé de plus en plus fréquent et grave. C'est pourquoi il est nécessaire de protéger les infirmières de ce fléau. Pour ce faire, nous (les politiques, les directions, l'éducation) devons tous aller dans la même direction en proposant des solutions pour éviter cet épuisement. L'augmentation de la dotation, la supervision, les groupes de soutien, les programmes de sensibilisation et de gestion du stress doivent être mis en place et proposer à tous les travailleurs de santé mentale.

4.3 Limites et critiques

4.3.1 Limites et critiques des études retenues

Dans l'ensemble, les études retenues pour cette revue étoffée de littérature sont adéquates. Cependant, toutes les recherches présentent tout de même des limites et des faiblesses méthodologiques. En effet, les échantillons sont parfois petits ou alors trop diversifiés. Les participants ont aussi été un biais dans certaines études en lien avec leur « incapacité » à se juger objectivement, leur état de santé, la peur et le manque de détails dans les données. De plus, les résultats n'ont pas toujours été « définitifs » et certains restent à confirmer par de nouvelles recherches. Nous pouvons mettre cela en lien avec les outils utilisés, qui n'ont pas toujours été validés et fiabilisés à 100%, ainsi qu'avec l'analyse plus ou moins subjective des données de certaines études. Pour terminer, les deux dernières limites à tenir en compte sont premièrement les différences qu'il y a dans les systèmes de santé entre les pays représentés dans les études et deuxièmement le manque de durée des interventions proposées et des périodes de suivi.

4.3.2 Limites et critiques de cette revue étoffée de littérature

Cette revue étoffée de littérature nous apporte un grand nombre de résultats en lien avec la question de recherche. Tous les résultats ne répondent pas de

manière directe à la question ; c'est-à-dire qu'une partie des résultats donnent une réponse indirecte. Cependant, cela est très intéressant car ce travail amène une vision « large » des différents problèmes, concepts et résultats en lien avec cette thématique. De plus, il permet de comprendre et prendre conscience de nombreux aspects concernant les prises en charge en psychiatrie, la toxicomanie, l'épuisement professionnel et les stratégies de gestion du stress. Au travers de ce travail, le lecteur peut développer des connaissances et des compréhensions, qui vont peut être le pousser à la réflexion, à l'acquisition de nouvelles compétences et à des changements ainsi qu'à des innovations dans la pratique. Le point négatif que nous pouvons relever de ce travail est probablement la longueur de ce dernier, qui n'est peut être pas assez « synthétisé ». De plus, il est important de signaler que cette étude comprend aussi un certain nombre de limites. Tout d'abord, les limites mentionnées pour les études retenues sont en quelque sorte aussi des biais pour ce travail. Ensuite, il faut reconnaître que les infirmières représentent la majorité des échantillons mais que nous trouvons parfois aussi des médecins, des aides et des cadres dans les échantillons. Un autre aspect qui peut être une limite est le fait que toutes les études ne sont pas spécifiques aux infirmières en toxicomanie, cependant elles sont toutes en lien avec les soins psychiatriques et dont la toxicomanie en est une spécificité. Ensuite, un grand nombre d'études a été réalisé en Angleterre et les autres pays ne sont pas forcément très bien représentés, ce qui ne nous permet pas de généraliser de manière affirmative les résultats. De plus, il faut aussi tenir compte du fait que seulement douze études ont été examinées pour réaliser ce travail et qu'il est possible qu'avec un nombre supérieur de recherches trouvées dans la littérature, les résultats seraient peut-être encore plus pertinents. Pour terminer, ce travail peut avoir quelques faiblesses méthodologiques au niveau de l'extraction de données ainsi que de leur synthèse, du fait que cette revue de littérature est la première réalisée par moi-même.

5. Conclusion

En conclusion, la réalisation de ce travail de Bachelor Thesis m'a apporté énormément. Tout d'abord, il m'a permis d'acquérir des connaissances méthodologiques et des compétences en lien avec la recherche rapide d'articles scientifiques sur les banques de données ainsi que la capacité d'analyser et de critiquer ces derniers à l'aide de grilles. Ensuite, il m'a permis de prendre conscience de manière approfondie de la problématique existante dans les soins aux toxicomanes et de la thématique de l'épuisement professionnel. En réalisant ce travail, j³ai acquis un grand nombre de connaissances sur la toxicomanie, les représentations sociales ainsi que la stigmatisation de ce type de patients, les prises en charge et la qualité des soins aux personnes dépendantes. De plus, j'ai découvert les concepts d'épuisement professionnel et de soutien social. Les résultats des études m'ont permis de réaliser que l'épuisement professionnel touche beaucoup de professionnels de la santé et qu'il est très important de le prendre en considération. J'ai pu découvrir qu'il y a de nombreux facteurs de stress mais qu'il existe des moyens pour diminuer leur impact. Pour terminer, je souhaite par la suite travailler dans le domaine des addictions et je pense que la rédaction de ce travail m'a réellement permis de prendre conscience d'un grand nombre d'aspects importants en lien avec cette spécialité. Au travers de ce travail, je pense avoir acquis des compétences qui me permettront de faciliter mon arrivée dans les soins et de mieux appréhender les prises en charge des toxicomanes. Toutes ces compétences vont sans doute aussi m'aider à me préserver de l'épuisement professionnel.

Nous pouvons encore mentionner qu'il y a tout de même des avancées dans le traitement des personnes toxicomanes. En effet, nous visons de meilleures prises en charge et une approche plus « humaine » des soins en favorisant l'accueil de crise, des soins à domicile ainsi qu'une continuité dans ces derniers, comme le montre l'article paru dans la Liberté du 19 juin 2012.

³ Dans la conclusion, le « je » est utilisé pour décrire mes apprentissages personnels et les choses que m'a apportés la réalisation de ce travail.

Ce travail va se conclure à l'aide d'une parole de Bouddha qui m'a beaucoup inspirée : « *La pureté et l'impureté sont nôtres. Personne ne peut purifier autrui.* ». Cette citation nous rappelle que nous ne pouvons pas « sauver le monde » et que nous sommes là pour aider les personnes qui souhaitent recevoir cette aide et qui ont l'envie de s'en sortir. Cette phrase peut aussi nous amener à réfléchir sur les proches (famille, amis, conjoints) des toxicomanes en se posant différentes questions : Quelles représentations ont-ils ? Sont-ils une aide ? Renient-ils leur enfant ou conjoint dépendant ? Se sentent-ils aussi épuisés ?... ? Il serait intéressant de se pencher sur la question dans le sens où nous savons que lors des prises en charge des patients, la famille et les proches tiennent une place importante.

6. Bibliographie

Ouvrages, Ecrits divers

Beck, C.T., Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J. & Polit, D.F. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.

Dictionnaire fondamental de la psychologie (1997). Paris : Larousse-Bordas.

Fernandez, L. & Catteeuw, M. (2005). *Clinique des addictions : Théories, évaluation, prévention et soins*. Belgique : Armand Colin.

Joost, N. (2008). *Le désir d'éternité et la souffrance du soignant*. Travail de mémoire présenté pour l'obtention du Certificat Universitaire en Psychanalyse et en Psychopathologie Clinique.

La Liberté (2011). *Le Radeau, Le Tremplin et Le Torry donnent naissance à un réseau*. 12/04, p.10.

La Liberté (2012). *Vers une meilleure prise en charge des alcooliques et des toxicomanes*. 19/06, p. 13.

Lüthi, U. (2003). Prise en charge des personnes souffrant de dépendance : Entre pouvoir et impuissance. *Soins infirmiers*, 3, 36-39.

Marc, B. & Simon, G. (2002). *L'infirmier(e) et les toxicomanies : Stratégies de soins à l'hôpital*. Paris : Masson.

Maté, G. (2009). *Les dépendances, ces fantômes insatiables*. Montréal : Les Editions de l'Homme.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions-Dunod.

Nadot, N. & Bassal, C. (2011). Grille de lecture critique d'un article scientifique : Approche quantitative. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

- Nadot, N. & Bassal, C. (2011). Grille de lecture critique d'un article scientifique : Approche qualitative. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Référentiel de compétences des étudiants Bachelor HES-SO en soins infirmiers (2009). Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Schalckens-Fuks, M. (1997). *Les soignants et les toxicomanies*. Moulins-lès-Metz : Lamarre.
- Uehlinger, C. R. (1994). *Prévention de la rechute dans la dépendance : Manuel du thérapeute pour l'aide à l'abstinence de personnes toxicodépendantes*. Unité de Recherche et de traitement de la dépendance. Clinique psychiatrique, Hôpital psychiatrique cantonal, Perreux-Neuchâtel.
- Valleur, M. & Matysiak, J-C. (2002). *Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. Paris : Armand Colin.

Articles scientifiques

- Ben Natan, M., Beyil, V. & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 566-573.
- Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A., Hannigan, B. & Coyle, D. (2000). Community mental health nurses in Wales : self-reported stressors and coping strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 523-528.
- Carruzzo, E., Zimmermann, G., Zufferey, C., Monnat, M., Rougemont-Buecking, A., Besson, J., & Despland, J-N. (2008). L'entretien motivationnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants ? Une revue de littérature. *Pratiques Psychologiques*, 15, 405-413.

- Clancy, C., Oyedeso, A. & Ghodse, H. (2006). Role development and career stages in addiction nursing : an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171.
- Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 169-200.
- Fagin, L., Carson, J., Leary, J., De Villiers, N., Bartlett, H., O'Malley, P., West, M., McElfatrick, S. & Brown, D. (1996). Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses : Findings from three research studies. *International Journal of Social Psychiatry*, 42 (2), 102-111.
- Gilbody, S., Cahill, J., Barkham, M., Richards, D., Bee, P. & Glanville, J. (2006). Can we improve the moral of staff working in psychiatric units ? A systematic review. *Journal of Mental Health*, 15 (1), 7-17.
- Halayem-Dhouib, S., Zaghdoudi, L., Zremdini, R., Maalej, I., Ben Bechir, M. & Labbene, R. (2010). Burnout en psychiatrie: une expérience tunisienne. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58 (6), 403-408.
- Happell, B., Carta, B. & Pinikahana, J. (2002). Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use : A questionnaire survey. *Nursing and Health Sciences*, 4, 193-200.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support : nurses in actue mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 622-631.
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Robinson, J. & Moore, K. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland : perceptions and expériences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 682-686.

Peckover, S. & Chidlaw, R.G. (2007). Too frightened to care ? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15 (3), 238-245.

Reissner, V., Baune, B., Kokkevi, A., Schifano, F., Room, R., Palm, J., Stohler, R., DiFuria, L., Rehm, J., Hölscher, F., Schwarzer, C. & Scherbaum, N. (2009). Burnout, Coping and Job satisfaction in Service Staff Treating Opioid Addicts – from Athens to Zurich. *Stress and Health*, 26, 149-159.

Totman, J., Hundt, G.L., Wearn, E., Paul, M. & Johnson, S. (2011). Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England : a qualitative investigation. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 68.

Polycopiés

Buillard Verville, D. (2006). *Modèle du processus de changement de comportement élaboré par Prochaska, Norcross et Di Clemente*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

Sites internet

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2011). *Changement, rétablissement et prévention de la rechute. La toxicomanie : Guide d'information / Les étapes du changement*. [Page WEB]. Accès : http://www.camh.net/fr/about_addiction_mental_health/drug_and_addiction_information/addiction_information_guide/addiction_change_fr.html [Page consultée le 23 avril 2011].

Josse, E. (2008). *Le burn-in et le burn-out*. [Page WEB]. Accès : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article101> [Page consultée le 2 avril 2011].

Office fédérale de la santé public. (2011). *La toxicomanie n'est pas une voie sans issue*. [Page WEB]. Accès : <http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html> [Page consultée le 2 avril 2011].

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Programme commun de traitement et prise en charge des toxicomanes*. [Page WEB]. Accès : http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_french.pdf [Page consultée le 14 mai 2011].

Ruiller, C. (2008). *Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : L'étude d'un cas hospitalier*. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur de l'Université de Rennes 1, Mention « Sciences de Gestion ». [Page WEB]. Accès: <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/52/34/68/PDF/TheseCRuiller.pdf> [Page consultée le 9 juin 2012]

7. Annexes

7.1 Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail pour l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers moi-même, conformément aux directives et aux normes de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans la rédaction de ce travail sont citées et clairement identifiées. »

Carine Maillard

7.2 Maslach Burnout Inventory

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

RESULTATS:

Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel

Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

- total inférieur à 17: burn out bas
- total compris entre 18 et 29: burn out modéré
- total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

- total inférieur à 5: burn out bas
- total compris entre 6 et 11: burn out modéré
- total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

- total supérieur à 40: burn out bas
- total compris entre 34 et 39: burn out modéré
- total inférieur à 33: burn out élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

7.3 Grilles d'analyse des articles scientifiques

1. Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts : Testing the Theory of Reasoned Action. Ben Natan M., Beyil V., Neta O., (2009)
2. Role development and career stages in addiction nursing : an exploratory study. Clancy C., Oyedeso A. & Ghodse H., (2006)
3. Stressors, burnout and social support : nurses in actue mental health settings. Jenkins R. & Elliott P. (2004)
4. Can we improve the moral of staff working in psychiatric units ? A systematic review. Gilbody S., Cahill J., Barkham M., Richards D., Bee P. & Glanville J., (2006)
5. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. Edwards D. & Burnard P. (2003)
6. Burnout, Coping and Job satisfaction in Service Staff Treating Opioid Addicts – from Athens to Zurich. Reissner V., Baune B., Kokkevi A., Schifano F., Room R., Palm J., Stohler R., DiFuria L., Rehm J., Hölscher F., Schwarzer C. & Scherbaum N., (2009)
7. Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards en England : a qualitative investigation. Totman J., Hundt G.L., Wearn E., Paul M. & Johnson S. (2011)
8. Illicit drug users in Northern Ireland : perceptions and expériences of health and social care professionals. McLaughlin D., McKenna H., Leslie J., Robinson J. & Moore K., (2006)
9. Too frightened to care ? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. Peckover S. & Chidlaw R.G. (2007)
10. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use : A questionnaire survey. Happell B., Carta B. & Pinikahana J. (2002)
11. Community mental health nurses in Wales : self-reported stressors and coping stratégies. Burnard P., Edwards D., Fothergill A., Hannigan B. & Coyle D. (2000)

- 12.** Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses : Findings from three research studies. Fagin L., Carson J., Leary J., De Villiers N., Bartlett H., O'Malley P., West M., McElfatrick S. & Brown D. (1996)

Références de l'article analysé : Ben Natan M., Beyil V., Neta O., (2009) **Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts : Testing the Theory of Reasoned Action.** *International Journal of Nursing Practice*, 15 : 566-573

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Le titre est clair et permet de saisir le contenu de la recherche et le problème abordé. La population, le contexte et le cadre théorique sont mentionnés.	Je trouve le titre tout à fait adapté. Il n'est pas trop long et m'a permis de tout de suite voir de « quoi on parlait » ; c'est pour ma part un très bon titre.	La perception que les infirmières ont de la qualité des soins qu'elles fournissent aux toxicomanes hospitalisés ; cela a été testé avec la théorie de l'action raisonnée.
AUTEURS	L'étude a été faite par trois auteurs (un maître de conférences et deux infirmières) à la <i>Pat Matthews Academic, Ecole des sciences infirmières</i> , en Israël.	Le fait que deux des auteurs soient infirmiers est une bonne chose car ils connaissent et peuvent « s'identifier » à la population. Ils viennent tous les trois de l'Ecole des sciences infirmières et je pense que cela montre que ce sont des auteurs compétents.	
RESUME	Le résumé est court, clair et précis. Il synthétise bien la recherche. En le lisant, on comprend succinctement le but, la méthode et les principaux résultats.	Je trouve le résumé très compréhensible, cependant je l'aurais séparé avec les termes introduction/méthode/résultats/discussion. Cela aurait peut-être permis une compréhension encore plus	Le but était d'examiner les attitudes du personnel infirmier et les normes subjectives qui se manifestent dans les soins réels et prévus aux usagers de drogues. Cela était basé sur la théorie de l'action raisonnée.

		rapide et meilleure.	Pour ce faire, des questionnaires se basant sur la théorie des variables ainsi que sur la sociodémographie et les caractéristiques professionnels ont été distribués à un grand nombre d'infirmières. Des résultats par rapport aux soins effectifs, aux attitudes positives et négatives des infirmières, aux stéréotypes et à la qualité des soins en sont ressortis. L'importance des attitudes, comportements et attentes a démontré un effet sur l'intention des infirmières de fournir des soins de qualité.
INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)	L'énoncé du problème est clairement explicité. Les auteurs posent le problème d'abord de manière générale/large et ensuite se focalise de façon plus ciblée sur le problème qu'ils veulent traiter dans cette étude. La recension des écrits a aussi été abordée. Par la suite, le cadre théorique utilisé pour la	L'introduction permet de bien comprendre le problème. Je trouve très bien de partir de données plus générales pour arriver à des informations plus ciblées en lien avec l'objectif de la recherche. Cependant, pour ma part l'introduction est peut-être un peu longue et répétitive par moment. Concernant le cadre de	Introduction : Données statistiques : Le nombre de patients toxicomanes dans les hôpitaux généraux est en hausse significative. La toxicomanie affecte 20-50% des patients hospitalisés. En Israël, la prévalence atteint 10,5% de personnes entre 18 et 40 ans en 2005.

	<p>recherche est expliqué et l'objectif poursuivi est bien posé.</p>	<p>théorique, il est très bien décrit mais il a été pour moi difficile de bien le comprendre car je trouve cette approche passablement complexe. Ce cadre théorique est utile pour comprendre l'outil des chercheurs, mais il ne me sera par d'une grande utilité pour mon propre travail. Pour moi, l'objectif est très clair et bien posé.</p>	<p>Les auteurs mentionnent que c'est une population complexe et que les infirmières rencontrent des difficultés considérable à les soigner dans les hôpitaux généraux. Les attitudes négatives des soignants sont souvent en lien avec les nombreux stigmas, mais aucune étude comme celle-ci n'a encore été réalisée. L'importance du problème et une question sont soulevées : Les attitudes des infirmières (négatives) ont-elles un impact sur la qualité des soins ? Les recherches sur cette problématique (attitudes infirmières envers les patients toxicomanes et impact sur la prise en charge) ont été négligées ; cette recherche israélienne est la première. Il est mentionné que les toxicomanes ont des difficultés à recevoir des soins adéquats. Cela découle des croyances négatives, des valeurs et stéréotypes. A nouveau, peu d'études ont étudié les</p>
--	--	--	---

			<p>attitudes envers les groupes stigmatisés.</p> <p>Les auteurs nous disent que le personnel soignant a des attitudes négatives, des opinions pessimistes et stéréotypées envers les personnes atteintes de maladies stigmatisées (hépatite C, sida, toxicomanie). Il considère les patients comme « dangereux » et les associe à : « un dysfonctionnement de la personnalité, caractère faible, crime ».</p> <p>Les auteurs abordent le thème de la responsabilité. Une recherche a montré que la colère et que le manque de sympathie envers les toxicomanes sont dus au fait que les soignants les considèrent comme responsables de leur problème et que leur état de santé actuel aurait pu être évité. Cependant, les auteurs comparent cette responsabilité avec d'autres maladies non</p>
--	--	--	---

			<p>stigmatisées (obésité, insuffisance cardiaque) et pour lesquelles le patient a aussi une part de responsabilité. Par conséquent, la responsabilité du patient ne justifie pas le refus des soins et ceci incluant les toxicomanes.</p> <p>Smeltzer et Bare disent que les difficultés des infirmières avec les toxicomanes sont dues au fait que les toxicomanes sont incapables de résoudre leur problème et qu'ils rechutent toujours. Peckover et Chidlaw ont constaté que les infirmières ne sont pas bien préparées pour travailler avec cette population. Néanmoins, les psychiatres de l'addiction pensent que c'est une maladie guérissable et ceci permet de faciliter les soins. Les auteurs mentionnent que la prise en charge de cette population a tout de même été améliorée mais qu'il y a encore des différences entre les services spécialisés et non-expert, qui</p>
--	--	--	---

			<p>sous-estiment l'importance de la bienveillance envers les toxicomanes.</p> <p>Cadre théorique : La théorie de l'action raisonnée (TRA) est le cadre théorique utilisé par les chercheurs pour réaliser cette étude. Cette approche s'intéresse aux croyances comportementales et normatives des individus. L'intention d'agir d'un individu est affectée par divers facteurs : attitude envers le comportement, les composants personnels et les normes subjectives. Ainsi les attitudes sont en fonction des croyances des individus.</p> <p>Objectif : Cette étude a pour but d'examiner les attitudes et les normes subjectives des membres du personnel infirmier en lien avec la qualité des soins réelle et prévue qu'ils fournissent aux toxicomanes, à l'aide de la théorie raisonnée.</p>
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte</p>	<p>Les participants, les instruments, la collecte des</p>	<p>Je trouve que la méthode est très bien décrite et que l'on</p>	<p>Participants : 135 infirmières provenant d'hôpitaux généraux</p>

<p>des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>données, les considérations éthiques et l'analyse des données sont exposés.</p>	<p>comprend de manière générale la démarche des chercheurs, cependant je trouve leur méthode passablement complexe. En effet, les chercheurs ont utilisés beaucoup d'instruments et cela n'est pas toujours facile pour moi de bien comprendre chaque instrument de manière précise. La population est pour ma part très bien décrite et je trouve pertinent de faire un tableau récapitulatif des caractéristiques. Pour terminer, toutes les normes éthiques et la rigueur ont très bien été respectées dans cette étude.</p>	<p>dans le centre d'Israël/employées dans les départements de médecine interne/majorité de femmes (85,9%) et mariées (75,6%)/âge moyen : 38,6 ans/61.5% infirmiers-ères cadres et le reste infirmiers-ères diplômés-es/ moyenne d'années d'expériences dans les soins : 15,1 ans. (description détaillées des caractéristiques cf. tableau 1).</p> <p>Instruments : Quatre instruments ont été utilisés : questionnaire de 82 questions réalisé avec l'approche TRA/disposition prévue et réelle des soins de qualité aux patients accros à la drogue (sous forme de questions)/les attitudes (études antérieures et questions)/les normes subjectives (échelle à 12 items + variables sociodémographiques et caractéristiques professionnelles).</p> <p>Collecte des données : 200</p>
--	--	---	---

			<p>questionnaires distribués à des infirmières qui soignent les patients toxicomanes dans les départements de médecine interne/fiche d'informations expliquant la nature et l'importance de l'étude a été jointe au questionnaire/135 questionnaires retournés (86% de taux de réponse)</p> <p>Considérations éthiques : étude et questionnaire approuvés par le comité d'éthique du Département des soins infirmiers à Pat Matthews académique Ecole des sciences infirmières/consentement écrit des répondants a été demandé/ participants informés des objectifs de l'étude et de leur droit de refuser de participer ou répondre à certaines questions</p> <p>Analyse des données : les statistiques descriptives (moyenne et écart type) ont été utilisées pour décrire les données de chaque variable</p>
--	--	--	---

			étudiée/la corrélation des coefficients de Pearson ont été calculés entre les composantes du modèle/les relations empiriques établies, les analyses de régression ont pu être effectuées
RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)	Toutes les données ont été traitées de manière rigoureuse et explicitées clairement par les auteurs. De plus, il y a 4 tableaux récapitulatifs des résultats (un pour chaque instrument utilisé). Les résultats sont présentés en nombre (N=...) et en pourcentage. Les moyennes, écarts-types et la significativité du résultat (valeur de p) sont aussi indiqués soit dans le texte ou soit dans le tableau.	Je trouve que les résultats sont bien exposés. Le fait d'avoir des tableaux récapitulatifs est très important pour moi. J'apprécie que les auteurs aient toujours explicité et « résumé » les résultats en mots car je trouve que ce n'est pas toujours évident de bien comprendre tous les chiffres et les méthodes de statistiques. Les résultats trouvés dans cette étude ne correspondent pas vraiment à ce que j'imaginai et aux représentations que j'avais avant de lire l'étude. En effet, compte tenu de mon expérience et des diverses choses que j'ai déjà pu lire et intégrer sur les soins aux personnes dépendantes, je	Les principaux résultats à ressortir de cette étude sont : <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières qui avaient beaucoup de stéréotypes envers les toxicomanes (violents, saleté, maladies contagieuses, incultes, effrayants, dangereux, faible niveau cognitif et statut socioéconomique, caractère faible) perçoivent la qualité des soins qu'elles fournissent aux toxicomanes comme inférieure à celle prévue pour les autres patients. • La plupart des répondants admettent que les toxicomanes sont des patients

		<p>m'attendais à ce que les répondants aient une moins bonne perception de la qualité des soins qu'ils prodiguent aux toxicomanes, en lien avec les nombreux stéréotypes et représentations négatives envers cette population.</p>	<p>difficiles, mais ils sont en désaccord avec le fait que cette population est responsable de leur état de santé et du fait qu'elle ne mérite pas des soins de qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des répondants se sentent confiants dans leur capacité à fournir des soins adéquats à ce type de patients et ils disent avoir les connaissances pour résoudre les problèmes en lien avec la consommation de drogue. • Ils indiquent qu'ils savent bien diagnostiquer et identifier les problèmes, cependant ils ont peur de traiter ces patients en lien avec la violence et la manipulation. • Les répondants étaient modérément d'accord avec les affirmations
--	--	--	--

			<p>selon lesquelles le travail avec les toxicomanes est satisfaisant, qu'ils ont les qualités, la formation, les outils, les connaissances et l'expérience nécessaires pour fournir des soins de qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils disent être mal à l'aise de traiter ce type de patients. • Ils sont modérément préoccupés d'être infectés par une maladie contagieuse (hépatite, VIH). • Ils sont modérément d'accord que les toxicomanes perturbent les services de soins et qu'ils sont difficiles à gérer. • Les infirmières, qui déclarent avoir des difficultés dans la prise en charge des ces patients, perçoivent la qualité des soins fournis
--	--	--	---

			<p>comme inférieure.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les supérieurs, les collègues, le personnel médical, la famille des patients et des soignants et les patients pensent que les infirmières doivent fournir des traitements adéquats aux toxicomanes ; les répondants accordent plus d'importance à l'opinion de leurs supérieurs et du personnel médical. • Les répondants ont déclarés fournir des soins de haut (20%) à très haut (41,5%) niveau aux toxicomanes. Environ 6,6% ont déclaré fournir des soins de faible à très faible qualité. • Concernant l'intention de fournir des soins de qualité : niveau élevé=38,5%, niveau très élevé=38,5% et
--	--	--	---

			<p>niveau très bas=3,8%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformément au modèle, la norme subjective, l'attitude et le comportement étaient significativement corrélés avec l'intention. La corrélation la plus forte a été entre l'intention et l'attitude, suivi des normes subjectives. Aucune corrélation n'a été trouvée entre le comportement réel et les normes subjectives. • Il a été démontré que l'intention la plus forte de fournir des soins de qualité aux toxicomanes est associée à des attitudes plus positives.
<p>DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)</p>	<p>La discussion est bien construite. En effet, elle reprend les savoirs intégrés tout au long de l'étude et elle apporte de nouvelles informations trouvées dans la littérature. Elle compare les résultats trouvés dans cette</p>	<p>J'ai beaucoup apprécié la discussion car elle m'a « rassurée » sur les représentations et connaissances que j'avais sur la prise en charge des toxicomanes et m'a prouvé que j'avais raison de penser</p>	<p>Les attitudes, les normes subjectives et les comportements étaient des prédicateurs significatifs de l'intention comportementale mais pas du comportement réel. Les attitudes personnelles étaient les</p>

	<p>étude avec des connaissances ressorties de la littérature et d'études antérieures afin d'avoir un regard critique sur « l'exactitude » des résultats et des limites de cette recherche. Pour terminer, les auteurs insistent sur l'importance du problème et proposent différentes pistes d'action et perceptives.</p>	<p>que les soins fournis à cette population ne sont pas toujours adéquats et que les attitudes sont souvent négatives envers cette population.</p> <p>J'apprécie que les auteurs parlent du droit des patients ; les toxicomanes doivent être considérés comme les autres patients.</p> <p>Pour terminer, je trouve intéressant toutes les perspectives proposées par les auteurs.</p>	<p>principaux déterminants de l'intention de fournir des soins de qualité.</p> <p>Les droits des patients ont été abordés en lien avec le fait que les infirmières sont tenues de prendre en soins tous ceux qui nécessitent un traitement médical sans discrimination.</p> <p>Les auteurs recensent divers écrits dans lesquels il a été démontré que les toxicomanes souffraient de discrimination, qu'il y avait des stéréotypes négatifs à leur égard, que les infirmières prodiguent des soins de qualité inférieure.... Cependant, la prise de conscience de la discrimination des toxicomanes est individuelle.</p> <p>La difficulté de travailler avec cette population (rechutes, personne revendicatrice et désagréable, dérange le fonctionnement du service, gênante) a à nouveau été démontrée au travers des</p>
--	---	--	--

			<p>écrits de différents auteurs.</p> <p>Ainsi la littérature décrit clairement les problèmes majeurs rencontrés dans la prise en charge des toxicomanes dans les hôpitaux généraux.</p> <p>Par conséquent, la présente étude idéalise l'état actuel du problème, étant donné que la plupart des répondants ont dit fournir de très haut niveau de soins aux toxicomanes, ce qui est en contradiction avec la littérature recensée. Ceci peut être dû à l'incapacité des participants de se « juger » objectivement et de peur que les autres sachent qu'ils ne fournissent pas des soins de qualité à cette population. Ceci montre bien les limites de la recherche.</p> <p>Pour terminer, les auteurs mentionnent l'importance de modifier nos représentations et nos stéréotypes envers ces patients. Ils proposent</p>
--	--	--	--

			également diverses perspectives : pour parler, cours, conférences, droit des patients, affiches de sensibilisation, ateliers, identification des difficultés,...).
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	<p>La présentation générale de cet article est bonne. La structure est bien faite (introduction, méthode, résultats et discussion). Les tableaux sont clairs et lisibles.</p> <p>Bon article scientifique dans sa globalité.</p>	<p>Je trouve l'article très bien structuré et j'apprécie le fait que chaque partie est bien distincte et accompagnée de titres.</p> <p>Concernant l'évaluation globale de la recherche en lien avec mon travail, le fait que l'étude a été réalisée en Israël me dérange un peu mais je n'arrive pas à expliquer pour quelles raisons.</p> <p>Pour terminer, cette recherche concerne des infirmières travaillant dans des services de médecine interne et non dans des services de santé mentale et cela me dérange un peu car les résultats sont à mon avis moins pertinents et intéressants pour mon travail final. Toutefois, cette étude est</p>	

		très intéressante et je pense qu'elle pourra quand même servir pour mon travail.	
--	--	--	--

Références de l'article analysé : Clancy C., Oyedeso A. & Ghodse H., (2006) **Role development and career stages in addiction nursing : an exploratory study.** *Journal of Advanced Nursing*, 57(2) :161-171

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Le titre indique de quoi parle la recherche. La population et le contexte sont présents ainsi que le devis de recherche.	Pour ma part, le titre est bien. Il n'est pas trop long et permet de comprendre ce qui est abordé dans la recherche.	Le développement du rôle et des étapes de carrière en soins infirmiers de l'addiction : une étude exploratoire.
AUTEURS	Ils sont au nombre de trois et viennent de Londres (Université de Londres). Ce sont soit des professeurs, des candidats au doctorat ou des conférenciers.	Les auteurs me paraissent être « bons ». Cependant, d'après leurs références, on peut faire l'hypothèse qu'ils ne sont peut-être pas encore « experts » dans le domaine de la recherche. De plus, aucun auteur ne travaille dans les soins infirmiers.	
RESUME	Le résumé contient le but, le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion.	Selon moi, c'est un très bon résumé qui permet au lecteur de tout de suite comprendre dans les grandes lignes ce que les auteurs veulent nous enseigner dans cette recherche. Il est peut-être un peu trop long.	But : Les auteurs le citent : explorer les facteurs influant sur le recrutement en soins infirmiers de l'addiction, les qualités importantes pour ce rôle et les étapes d'acquisition de ce rôle. Contexte : infirmières spécialisées en toxicomanie/compétences

			professionnelles Méthode : étude qualitative /groupes de discussion Résultats : Les auteurs citent les principaux résultats (connaissances de l'environnement de travail, philosophie de traitement,...). Conclusion : Les auteurs discutent les principaux résultats et donnent déjà des perspectives (augmentation des possibilités d'apprentissage aux étudiants...).
INTRODUCTION/BACKGROUND (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)	Il y a tout d'abord une introduction dans laquelle l'importance et l'énoncé du problème est expliqué. Ensuite, le « background » (état des connaissances) est présent. A l'intérieur du « background », on trouve aussi le développement d'un cadre théorique. L'objectif de la recherche n'est pas explicitement cité dans cette partie de l'étude.	L'introduction est très pertinente et elle apporte déjà énormément de connaissances sur le sujet.	Introduction : Les infirmiers sont l'un des plus grands groupes à travailler avec les toxicomanes. Il y a de nombreuses prestations et lieux de soins offerts aux toxicomanes. C'est pourquoi il ne faut pas avoir « de mauvais employés ». D'où l'importance d'identifier les facteurs contribuant au recrutement, développement de carrière et acquisition du rôle. Background :

			<p>Une revue de littérature a été réalisée pour faire l'état des connaissances ci-dessous.</p> <p>Soins infirmiers de l'addiction : avec les années le rôle, les responsabilités et les opportunités de carrières ont changés pour les infirmières en addiction / elles commencent à travailler en addiction en raison de l'intérêt porté à ce groupe de clients et à la recherche de défi / elles ont la possibilité d'influencer le processus de décision clinique, de choisir le meilleur programme de ttt en lien avec les connaissances qu'elles ont du patient et ceci sont des éléments importants dans le rôle / elles entreprennent des évaluations approfondies et du soutien / le travail en équipe multidisciplinaire est fréquent / la distribution de médicaments, l'évaluation et l'administration de la méthadone sont considérées comme leur plus importante</p>
--	--	--	---

			<p>responsabilité / elles ont aussi un rôle d'éducation aux collègues / le rôle des infirmières en toxicomanie est souvent perçu comme négatif par les autres domaines de soins infirmiers ce qui peut peser sur le moral / continuelle spécialisation / nombre croissant d'organisations de soins infirmiers spécialisés en toxicomanie.</p> <p>Théorie du développement du rôle et de la carrière : cette théorie a été choisie comme cadre de référence et utilisée afin de soutenir et guider la présente étude.</p> <p>Cela a aussi été utile afin de préparer le guide des thématiques pour les groupes de discussion.</p>
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>La méthode est décrite en 6 étapes. Au début l'objectif et la conception (déroulement) de la recherche sont explicités. Puis les participants, la récolte des données et les considérations</p>	<p>La méthode est de manière générale bien décrite. Je trouve dommage que les caractéristiques des participants ne soient pas plus décrites. J'ai été assez surprise de la façon dont les</p>	<p>Objectif : Décrire le développement du rôle dans les soins infirmiers en dépendance (qualités personnelles importantes dans le rôle, facteurs influençant le recrutement et la rétention,</p>

	<p>éthiques sont décrits. Pour terminer, les auteurs expliquent l'analyse des données.</p>	<p>participants ont été contactés. En lisant cette méthode, j'ai l'impression que cette recherche exploratoire a été réalisée par « des novices » (ce n'est qu'une hypothèse). Cependant, je trouve que la majorité des critères ainsi que le choix de la méthode sont tout de même très bons. J'apprécie le fait que ce soit des groupes de parole pour récolter les données.</p>	<p>identifier les étapes et caractéristiques d'acquisition du rôle).</p> <p>Conception : groupes de discussion entre mars et juin 2004</p> <p>Participants : échantillon dans 2 zones géographiques à Londres et au Sud-Est de l'Angleterre/ participants séparés dans divers groupes en fonction des années d'expérience et de paramètres cliniques / lettre a été envoyée aux chefs de divers services et ensuite les infirmiers qui souhaitaient participer devaient contacter le chercheur / les participants potentiels ont reçu une lettre avec des informations détaillées et un formulaire de consentement</p> <p>Récoltes de données : élaboration d'un guide thématique semi-structuré pour les groupes de</p>
--	--	--	---

			<p>discussion / formulaire pour les données démographiques des participants / groupes de discussion durant les heures de travail (90min) / enregistrement sur bande sonore / transcription des bandes</p> <p>Considérations éthiques : participants informés du but et de la démarche de l'étude / un accord de confidentialité a été signé / approbation de Comité d'éthique</p> <p>Analyse des données : basée sur Burnard (1991) et contenant 6 étapes / un groupe d'experts (infirmiers en toxicomanie) a validé les résultats</p>
<p>RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)</p>	<p>Toutes les données récoltées par les chercheurs ont été traitées (tous les thèmes abordés lors des groupes de discussion ont été traités). De plus, la plupart des résultats sont accompagnés de commentaires représentatifs</p>	<p>Je trouve que les résultats sont clairs et compréhensifs. J'apprécie les tableaux récapitulatifs qui permettent « une vue d'ensemble » de certains résultats. J'avais mentionné le fait qu'il n'y avait pas les caractéristiques des</p>	<p>Profil des participants : 26 infirmiers-ères en toxicomanie / âge moyen : 38,5 ans / durée moyenne de travail en tant qu'infirmière : 15,8 et 7,8 ans en toxicomanie / 2/3 avaient une double qualification / plus de la moitié avait un titre ou</p>

	<p>(du résultat) qui ont été dits par les participants. Les résultats sont très bien présentés avec des sous-titres et deux tableaux récapitulatifs. Concernant les résultats en lien avec le profil des participants, les auteurs ont utilisés les pourcents et les écarts-types pour présenter les chiffres.</p>	<p>participants dans la méthode mais elles se trouvent au début des résultats et je ne trouve pas cela gênant. Ces résultats sont présentés de manière passablement succincte (auraient pu être plus détaillé) mais selon moi le principal est ressorti. J'ai trouvé très intéressant de connaître ces résultats, surtout ceux concernant les qualités personnelles et les caractéristiques des étapes d'acquisition du rôle.</p>	<p>diplôme dans d'autres domaines (gestion, psychologie,...).</p> <p>Qualités personnelles importantes : certain degré de robustesse ou résistance / timidité et naïveté = inconvénients / haut degré de patience et tolérance et de non jugement (en lien avec la nature des conduites addictives) / être « stricte mais juste » / capacité de penser rapidement, être flexible et réactif</p> <p>Facteurs influant le recrutement et la rétention : <u>Recrutement</u> : deux catégories → par défaut ou par intention/projet Par défaut : soit vu de manière positive (notion de progression, gagner en promotion mais moins par intérêt pour la spécialité) ou négative/neutre (absence de choix, transfert involontaire,</p>
--	--	---	--

			<p>pénurie de personnel, lieu de travail plus proche du domicile)</p> <p>Par intention/projet : travailler au sein d'une spécialité, connaissances acquises au cours de la formation et connaissances de l'environnement, possibilité d'une pratique autonome et croissante, profil du client, philosophie de ttt et approche aux soins (multidisciplinaire)</p> <p><u>Rétention</u> : bonnes perspectives pour l'avancement et la promotion / soutien actif et supervision / opportunité d'innovation / possibilités d'apprentissage / introduction de nouvelles approches thérapeutiques</p> <p>Etapes dans l'acquisition du rôle et caractéristiques : Il y a 5 étapes à l'acquisition du rôle mais la durée de chaque étape n'a pas pu être déterminée.</p>
--	--	--	--

			<p>1) Rencontre : la plus pénible / anxiété de la performance / sentiment d'être débordé / absence de connaissances techniques et compétences / crainte</p> <p>2) Engagement : développement de la tolérance / engagement active dans l'acquisition de compétences / capacité de fixer des limites aux patients / frustration de l'exposition à la rechute (désabusé, fatigué) / sentiment de se sentir compromise par les patients / apprendre et apprécier l'établissement de limites et appliquer ces principes est un marqueur important de la progression du rôle</p> <p>3) Stabilisation : pour stabiliser le rôle de l'infirmière il faut →</p>
--	--	--	--

			<p>« détachement thérapeutique » et « validation » / capacité de rester éloigné du « chaos » du patient / recevoir la validation de nos compétences en tant qu'infirmière spécialiste en toxicomanie</p> <p>4) Compétence : représente un degré supérieur en matière de capacité et de niveau d'expérience (procéder à l'évaluation sans surveillance, travailler de façon autonome) / agir comme un mentor / encadrer et superviser d'autres employés</p> <p>5) Maîtrise : continuation de l'acquisition de stades de compétences / maturation clinique atteinte / adaptabilité et conseils / sentiment de maîtriser son rôle / pas ou peu de scénarios cliniques posent</p>
--	--	--	---

			problèmes ou difficultés / capacité d'offrir du mentorat aux collègues non-infirmiers
DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)	Dans la discussion, la totalité des résultats présentés ont été discutés en lien avec la théorie et la littérature. On y retrouve aussi un paragraphe sur les limites de l'étude. Pas beaucoup de perspectives ont été mises en avant dans la discussion, cependant on en retrouve juste après, dans la conclusion.	Selon moi, la discussion est très bien. Elle reprend vraiment tous les résultats et un lien avec la littérature est à chaque fois donné, ce qui nous permet d'aller faire des recherches plus approfondies sur « le sujet / résultats » discutés si on le souhaite. Les perspectives proposées dans la conclusion me paraissent tout à fait applicables.	<ul style="list-style-type: none"> • 5 étapes de développement du rôle comme dans la littérature sur les stades de développement et de carrière (Dalton et Al., 1977, Benner et Al., 1996, Murray, 1998) • Addiction est un défi pour les infirmières et la pratique est sensiblement différente que les autres domaines de pratiques infirmières • En lien avec la difficulté des prises en charge, le recrutement et la rétention, des formations continues sont indiquées (lien avec la littérature : Finlayson et Al., 2002 / Grafham et Al., 2004 / Matheson et Al., 2004) • Concernant la rétention,

			<p>la nécessité du soutien et de la supervision est discutée et approuvée (permet de lutter contre les aspects négatifs de l'étape 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étape 1 = « choc de la réalité », il faut apprendre les ficelles du métier (lien avec la littérature : Nicholson, 1990) • Étape 2 est l'engagement car c'est la phase de l'apprentissage expérientiel, qui n'est pas évidente en vue du profil des toxicomanes (difficiles et accablants) ; engagement actif (Dalton et Thompson Stade de l'apprenti, 1977) • Il a aussi été discuté que le « détachement thérapeutique » est une bonne étape pour l'acquisition du rôle et
--	--	--	---

			<p>que la stabilisation est acquise grâce à de multiples expositions à des épisodes bienveillants</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étape de la maîtrise est surtout discutée en lien avec les activités de conseils, stratégies de développement des services, participation à la recherche et cela est mis en lien avec la littérature (Dalton et Thompson, 1977) <p>Limites : étude exploratoire / concernant les infirmières d'une zone géographique particulière du Royaume-Uni donc les résultats ne sont peut-être pas applicables dans une autre région/ pas tenu spécifiquement compte de l'influence du lieu de travail : communautaire vs résidentielle</p> <p>Perspectives : souligner les compétences spécifiques nécessaires à une infirmière en toxicomanie / prendre en</p>
--	--	--	---

			considération les étapes afin d'avoir un suivi du progrès / développement d'un cadre aidant à l'introduction dans la spécialité et à la détection des besoins futures de formation / offrir des opportunités d'expériences de travail avec les toxicomanes aux étudiants
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	Bonne présentation faite de titres, sous-titres, paragraphes et tableaux avec une structure et une nomination un peu différente des autres recherches/ la majorité des critères d'une « bonne » recherche est présente	J'ai bien aimé la présentation de cette étude ; le texte est aéré et la lecture est facile et agréable. Cette étude est très intéressante pour moi et donne passablement d'indications sur « comment doit/est/devient une bonne infirmière en toxicomanie ». Je pense qu'elle me sera dans un sens très utile pour répondre à ma question de recherche. Cependant, à mon avis il faut quand même faire attention par rapport aux résultats car c'est une étude exploratoire et la taille de l'échantillon est faible.	

Références de l'article analysé : Jenkins R. & Elliott P. (2004) **Stressors, burnout and social support : nurses in actue mental health settings.** *Journal of Advanced Nursing* 48 (6) : 622-631

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	On y trouve la population et le setting.	Je trouve que c'est un bon titre. Il n'est pas trop long, clair et précis. En le lisant, on sait tout de suite de quoi va parler l'étude.	Facteurs de stress, burnout et soutien social : les infirmières dans les établissements de santé mentale aigus.
AUTEURS	Ils sont au nombre de deux. L'un est chercheur et l'autre directeur de programmes. L'un a un doctorat en psychologie clinique. Ils viennent les deux d'Angleterre.	Cela me paraît être de bons auteurs en lien avec leurs références de compétences.	
RESUME	Le résumé est séparé en différentes parties expliquant l'essentiel de l'étude : buts, arrière-plan, méthodes, résultats et conclusions.	Le résumé permet au lecteur de bien appréhender ce qui sera présenté plus loin dans l'étude. Le fait qu'il soit divisé en parties améliore la compréhension des différentes étapes de la recherche. Pour ma part, je trouve qu'il est un peu long.	Buts : enquêter et comparer les niveaux de stress et d'épuisement professionnel du personnel infirmier qualifié et non-qualifié dans les établissements de santé mentale aigus / évaluer les relations entre les facteurs de stress et l'épuisement professionnel / évaluer l'impact du soutien social sur l'épuisement professionnel des

			<p>relations stress-épuisement</p> <p>Arrière-plan : travail en santé mentale est stressant (selon plusieurs études) / en psychiatrie, la nature des relations patients-infirmiers est intense / interaction face des comportements de patients difficiles et exigeants</p> <p>Méthodes : 93 infirmiers de 11 établissements psychiatriques ont complété : Maslach Burnout Inventory et Mental Health professionals Scale et House & Wells Social Support Scale</p> <p>Résultats : manque de personnel / infirmières qualifiées plus stressées que les non-qualifiées,... (les auteurs citent les résultats les plus pertinents)</p> <p>Conclusions : discussion des résultats /groupes de soutien utiles / perspectives</p>
INTRODUCTION (énoncé du problème / recension	L'introduction indique de manière très claire et	Je trouve que l'introduction est très bien. En effet, l'importance	<ul style="list-style-type: none"> • Stress au travail chez les infirmières a déjà fait

<p>des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)</p>	<p>pertinente l'importance et l'énoncé du problème ainsi que la recension des écrits. Les cadres théoriques et conceptuels ne sont pas inclus dans l'introduction mais sont placés juste après cette dernière. Les objectifs de cette étude ne sont pas posés dans cette partie de la recherche.</p>	<p>du problème est décrite de manière pertinente et on voit qu'on doit y porter intérêt. La recension des écrits est également exhaustive pour ma part. Après l'introduction, les différents cadres de référence sont décrits. J'apprécie le fait que les auteurs ont su les expliquer de manière simple et claire mais aussi succincte ; cela permet une bonne compréhension (de plus les auteurs ont à nouveau appuyé ces théories à l'aide de la littérature).</p>	<p>l'objet de nombreuses études (Gray-Toft & Ellison, 1994,..., Edelman, 2000), cependant il y a peu d'études sur les infirmières en santé mentale (Dunn & Ritter, 1995).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nature intense de l'interaction infirmière-patient (Cronin-Stubbs & Brophy, 1985) et confrontation à des comportements difficiles et exigeants (Sullivan, 1993) • Il est nécessaire de poursuivre la recherche dans ce domaine / la population de patients est de plus en plus diversifiée, il y a un volume croissant des tâches administratives et une faiblesse des équipes multidisciplinaires et une inadéquation avec
--	--	---	--

			<p>les compétences et les formations ; tout ceci pose problème (Higgins et al., 1997)</p> <p>Facteurs de stress, épuisement professionnel et soutien social → les différentes théories et concepts sont expliqués et mis en lien avec la littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « stress et adaptation » : Lazarus et Folkman (1984) (constitue la base de l'étude) • Epuisement professionnel : Maslach et Jackson (1981) • Soutien social : Melchior et Al. (1997) / Fenlason & Beehr (1994) <p>Stress professionnel dans les soins : l'importance et l'incidence du stress peuvent varier en fonction du rang ou du grade de soins infirmiers.</p>
--	--	--	--

<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>Dans la méthode on trouve : les objectifs, la conception, les participants, le/les questionnaire/s, la collecte des données, les considérations éthiques et l'analyse des données. Chacune de ces parties est bien expliquée par les auteurs et tous les outils/théories/instruments utilisés sont aussi décrits. Le déroulement et la rigueur sont aussi pris en considération.</p>	<p>Je trouve que la méthode est vraiment expliquée de manière très rigoureuse par les auteurs. En la lisant, on se rend tout à fait compte de leur démarche. Cependant, il m'a été difficile de très bien comprendre la méthode d'analyse des données et de connaître tous les outils utilisés pour cela (je pense que cela est dû à une connaissance pas assez approfondie de ma part en méthodologie).</p>	<p>Objectifs : enquêter et comparer les niveaux de stress et d'épuisement professionnel du personnel infirmier qualifié et non-qualifié dans les établissements de santé mentale aigus / évaluer les relations entre les facteurs de stress et l'épuisement professionnel / évaluer l'impact du soutien social sur l'épuisement professionnel des relations stress-épuisement</p> <p>Participants : infirmières qualifiées et non-qualifiées (auxiliaires) / dans 11 établissements de santé mentale (soins aigus) / dans 4 hôpitaux de Londres et du sud-est de l'Angleterre / 240 questionnaires distribués dont 93 retournés (39% de taux de réponse)</p> <p>Questionnaires : distribution d'un questionnaire construit en 4 sections :</p> <p>1) Informations générales /</p>
--	---	--	--

			<p>données personnelles</p> <p>2) Facteurs de stress : Mental Health Professionals Scale (Cushway et al., 1996)</p> <p>3) Burnout : Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1996)</p> <p>4) Soutien social : House et Wells Social Support Scale (1978)</p> <p>Collecte des données : étude réalisée en Avril et Juillet 2000 / autorisation de procéder à l'étude et obtention de la liste du personnel / explication de l'étude et demande de participation / distribution des questionnaires avec lettre décrivant la confidentialité de l'étude / restitution et réception des questionnaires par courrier</p> <p>Considérations éthiques : consentement éclairé et approbation du comité éthique du Département de psychologie à l'Université de</p>
--	--	--	--

			<p>Southampton</p> <p>Analyse des données : analyse multivariée de la variance (MANOVA) / test de Mann-Whitney U-test / tests du chicarré / corrélation des coefficients de Pearson / coefficients de corrélation de rho de Spearman / correction de Bonferroni / effet tampon du soutien social-facteurs de stress et épuisement : série hiérarchique de multiples régressions</p>
<p>RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)</p>	<p>Toutes les données récoltées et analysées ont été traitées de manière très pertinente et rigoureuse. Les résultats sont présentés en chapitres (participants/ facteurs de stress / burnout / relations entre facteurs de stress, soutien social et épuisement professionnel / mise en mémoire tampon) et des tableaux récapitulatifs sont aussi présents. De nombreuses données (écritures) méthodologiques</p>	<p>Les résultats sont bien présentés. Toutes les données d'analyse et méthodologiques sont indiquées et j'avoue que ce n'est pas toujours facile à comprendre en première lecture et si l'on n'est pas bon connaisseur et à l'aise avec la méthodologie (j'ai dû aller revoir dans mes cours et un livre de méthodologie). J'apprécie les tableaux récapitulatifs qui aident à la vision et à la compréhension rapide des résultats. Ces</p>	<p>Participants : 57 infirmières qualifiées et 36 infirmiers assistants / durée de moyenne dans le service : 2.8 ans / durée moyenne dans la profession : 9.3 ans / 66,7% de femmes et 33,3% d'hommes / moyenne âge : 37,1 ans</p> <p>Facteurs de stress :</p> <p>Infirmières qualifiées : manque de ressources / manque de personnel adéquat / manque de couvertures adéquates /</p>

	<p>sont présentes. Les chiffres sont présentés en nombre (n=...), en pourcent, en écart-type et moyenne. La valeur de p est aussi présente pour certains résultats. Les valeurs des résultats sont aussi données en lien avec l'outil utilisé pour analyser les données (Cronbach's α,...).</p>	<p>résultats vont m'aider pour répondre à ma question de recherche mais c'est dommage qu'il y a qu'une seule stratégie analysée pour faire face au burnout (le soutien social).</p>	<p>charge de travail</p> <p>Infirmières auxiliaires : difficultés liés aux patients / menaces physiques des clients / patients difficiles et exigeants</p> <p>(+Cf Tableau 1 pour détails)</p> <p>Burnout : Aucune association significative entre le groupe du personnel et le degré de l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel / 51,6 % du personnel à un haut degré d'épuisement émotionnel / dépersonnalisation : 44,1 % faible degré / accomplissement personnel : 60,2 % faible degré</p> <p>(+Cf Tableau 2 pour détails)</p> <p>Relations entre facteurs de stress, soutien social et épuisement professionnel :</p> <p>Les scores de stress plus élevés sont associés avec un</p>
--	--	---	---

			<p>plus grand niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation / pas de corrélation significative entre les scores du SMSPS et MBI accomplissement personnel / corrélation négative significative entre les co-travailleur de soutien et les scores de MBI épuisement émotionnel, avec des niveaux plus élevés de co-travailleur de soutien associés à un faible niveau d'épuisement émotionnel</p> <p>Mise en mémoire tampon :</p> <p>SMSPS à long terme n'a pas montré une augmentation significative du score d'épuisement émotionnel / l'interaction de terme n'a pas expliqué une augmentation importante de changement de la variance des scores de dépersonnalisation /des scores plus élevés de stress ont été associés à des niveaux plus élevés de dépersonnalisation pour les infirmières avec un</p>
--	--	--	--

			niveau élevé de soutien, mais pas pour les infirmières avec de faibles niveaux de soutien
DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)	La théorie est tout à fait bien intégrée. Toutes les données amenées dans le chapitre « résultats » sont discutées et à chaque fois mises en lien et comparées avec des études précédentes et la littérature déjà connue. Les limites de l'étude sont aussi expliquées à la fin de la discussion. Après la discussion, une conclusion amène les perspectives.	Selon moi, la discussion est très pertinente. Elle reprend vraiment les principaux résultats et je trouve très intéressant que les auteurs les aient à chaque reprise comparés et argumentés avec la littérature. Cela permet de se faire une idée plus précise sur la « validité » des résultats et de les confirmer ou de les infirmer. J'apprécie aussi beaucoup la conclusion faite par les auteurs car elle nous sensibilise à nouveau par rapport à l'importance du problème et offre des actions et des conseils pertinents (à nouveau bien argumentés à l'aide de la littérature)	<ul style="list-style-type: none"> • Principal facteur de stress pour infirmières qualifiées = manque d'effectif suffisant (cohérent avec conclusions d'autres études : Carson et Al., 1995, Cushway et Al., 1996) • Problématique du stress chez les infirmières non qualifiées = patients physiquement dangereux, difficiles et exigeants • Cause majeur de préoccupations : la dotation (ceci depuis les dernières décennies : Ministère de la Santé, 1994) • Sentiment d'être débordée en lien avec la diversité des

			<p>pathologies des patients et du manque de dotation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higgins et Al. (1999) : l'augmentation du volume des tâches administratives provoque du stress en lien avec la charge de travail • Grande proportion du personnel infirmier a un haut degré d'épuisement émotionnel (51,6%), un pourcentage plus faible de sentiments de dépersonnalisation (37,6%) et moins d'un quart estime avoir un degré haut d'accomplissement personnel réduit (cela a été comparé avec les résultats de Sullivan (1993)) • Le rendement au travail est jugé de manière
--	--	--	---

			<p>positive (explication : défis des soins de courte durée) (comparé avec Landerweerd et Boumans (1998))</p> <ul style="list-style-type: none"> • La charge de travail a montrée la plus forte relation avec l'épuisement émotionnel (cohérence avec l'examen de 36 études (Duquette et Al., 1994)) • Un plus grand soutien des collègues = baisse du niveau d'épuisement émotionnel (car ampleur et immédiateté de l'appui des collègues) / les collègues sont plus accessibles et plus aptes à offrir un bon soutien que les sources externes (85% employés cherchent l'appui des collègues (Dallender et Al.)) • Niveau de soutien agi comme un tampon dans
--	--	--	---

			<p>la relation entre le stress et la dépersonnalisation / inverse de l'effet tampon : il y a une relation positive importante entre les facteurs de stress et la dépersonnalisation par rapport au niveau plus élevés de soutien, cependant pas pour les niveaux inférieurs de soutien.</p> <p>Limites : à cause de la nature transversale des données, les relations causales entre les variables ne peuvent pas être définitives / personnel a pu évaluer l'environnement de travail de manière plus problématique et exigeante / niveau de soutien plus pauvre des personnes souffrant d'épuisement émotionnel car repli sur soi et changement d'attitudes / auto-sélection de l'échantillon / 39% de taux de retour</p>
--	--	--	---

			<p>Conclusion : ordre d'importance des facteurs de stress diffère pour chaque groupe / priorité = réduire le stress de la charge de travail / interventions nécessaires et adéquates pour éviter les conséquences d'un épuisement professionnel (absentéisme, chiffres d'affaires, baisse de la qualité et quantité du rendement au travail) /il faut poursuivre les recherches sur ce thème / groupes de soutien du personnel ont un rôle à jouer pour lutter contre les effets du stress (mais attention le fait de parler de situations difficiles de travail peut accentuer la vision négative du travail) / programmes de gestion du stress (minimiser la communication négative pour une constructive)</p>
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	Les auteurs ont présenté l'étude de manière adéquate en lien avec les critères d'un article scientifique. Il y a des	Pour ma part, c'est une très bonne étude et elle me sera fortement utile pour répondre à ma question de recherche. J'ai	

	<p>chapitres / sous chapitres / paragraphes ; le texte est aéré. Des tableaux pour les résultats sont aussi présents. L'étude date de 2004.</p>	<p>trouvé que les auteurs ont été très rigoureux dans l'explication de la méthode et des résultats. Cependant, il me manquait certainement quelques connaissances méthodologiques pour réellement tout comprendre de manière précise, en première lecture. J'ai vraiment apprécié le fait que les auteurs se basent sur la littérature et les études déjà connues pour discuter et argumenter toutes les informations qu'ils fournissent dans cet article. J'ai vraiment pris plaisir à lire la discussion. A mon avis, c'est une très bonne étude.</p>	
--	---	---	--

Références de l'article analysé : Gilbody S., Cahill J., Barkham M., Richards D., Bee P. & Glanville J., (2006) **Can we improve the moral of staff working in psychiatric units ? A systematic review.** *Journal of Mental Health*, 15(1) : 7-17

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Le titre est posé sous forme de question. On connaît tout de suite la population, le contexte et le but de la recherche. Il mentionne aussi le type de revue de la recherche.	J'apprécie le titre posé sous forme de question car je trouve que cela attire tout de suite le lecteur à vouloir lire la recherche car il sait qu'il trouvera (normalement) la réponse dans l'article. Je trouve aussi bien de mettre que c'est une revue systématique ; le lecteur sait tout de suite que la méthode utilisée est la recherche d'articles scientifiques sur le thème et que l'article est un « compte rendu » des divers articles trouvés.	Peut-on améliorer le moral du personnel travaillant dans les unités psychiatriques ? Une revue systématique.
AUTEURS	Ils sont quatre auteurs à avoir réalisés cette étude. Tous les auteurs proviennent d'universités. Leurs domaines de compétences sont les sciences humaines, la	Je pense que ce sont de bons auteurs car leurs références sont bonnes.	

	psychologie, les soins infirmiers et la recherche.		
RESUME	Le résumé est bien construit. Il contient les items : contexte, objectif, méthodes, résultats et conclusion. En lisant le résumé, le lecteur a tout de suite une idée de ce qui sera traité dans l'article.	Je trouve le résumé très bien et très pertinent. En lisant que le résumé, on sait tout de suite si l'article nous intéresse. Pour ma part, il est clair et précis mais peut être un peu long ; la description de la méthode aurait pu être raccourcie.	<p>Contexte : Les infirmières travaillant dans des unités de soins psychiatriques souffrent parfois d'insatisfactions au travail ainsi que d'épuisement du à la vulnérabilité des patients. Si le moral des soignants est mauvais, les soins aux patients seront « pauvres » et c'est aussi un gaspillage économique.</p> <p>Objectif : Il est d'examiner l'impact et la rentabilité des stratégies mises en place pour diminuer l'épuisement et améliorer le moral des soignants.</p> <p>Méthodes : Recherches en lien avec les stratégies améliorant le bien-être des soignants et les expériences au travail du personnel travaillant dans des unités psychiatriques. Ces recherches ont été faites sur de nombreuses bases de</p>

			<p>données</p> <p>Résultats : Huit évaluations de stratégies ont été trouvées : interventions éducatives, psycho-sociales, de soutien et organisationnelles.</p> <p>Conclusion : Il y a beaucoup de possibilités d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel en psychiatrie. Cependant, il faut encore évaluer à long terme les preuves du fonctionnement et de la rentabilité de ces stratégies</p>
<p>INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)</p>	<p>L'introduction est un « background » qui décrit de manière très succincte mais clair la problématique. L'importance du problème est bien argumentée. Il n'y pas de cadres théoriques ou conceptuels explicités. Les chercheurs ont été mandatés pour faire cette étude et l'objectif de cette dernière est décrit dans l'introduction.</p>	<p>Je trouve l'introduction correcte mais elle est un peu courte à mon avis. Le fait qu'il n'y ait pas de concepts ou cadres de référence décrits ne me dérange pas personnellement, cependant les auteurs auraient pu développer un peu les thèmes de l'épuisement professionnel et de la satisfaction au travail.</p>	<p>Les unités psychiatriques s'occupent des patients les plus vulnérables et souffrants de la société. Il y a de plus en plus de préoccupations concernant les capacités des unités psychiatriques à fournir des soins sécuritaires et de soutien aux patients. Il y a une grande pression sur les services de santé mentale dû au désinvestissement des patients et à la sévérité</p>

			<p>actuelle des cas rencontrés. Les récents développements et les investissements en matière de soins psychiatriques tendent à se concentrer sur les services communautaires et par conséquent les services dans lesquels les patients sont hospitalisés deviennent considérés comme « la spécialité de Cendrillon ». Il a été montré que le roulement du personnel est élevé, l'insatisfaction est présente, le moral est bas et que l'épuisement professionnel est proche. Tout ceci a un impact probable sur la qualité des soins fournis. L'identification de stratégies efficaces pour améliorer le moral des soignants est une priorité selon les employeurs. Le regard du patient est qu'il est heureux des soins mais que le personnel peut fournir des soins de meilleure qualité. La santé du personnel doit être prise au sérieux ainsi que la</p>
--	--	--	---

			planification des effectifs. Tout ceci doit être guidé par une haute qualité de soins en tenant compte des coûts et de l'efficacité. C'est pourquoi cette étude cherche à examiner l'efficacité et l'efficience des moyens utilisés pour améliorer le moral et le bien-être du personnel des services de psychiatrie.
METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)	La méthode décrit toutes les étapes des chercheurs pour réaliser l'étude. Elle est en lien avec le devis de recherche (revue systématique). Les stratégies de recherches, les critères d'inclusion, la conception, les résultats « recherchés », l'extraction des données et la validité de l'évaluation, et pour terminer la synthèse des données sont expliqués.	Je trouve que la méthode est passablement bien décrite par les auteurs. En effet, certaines informations n'apparaissent pas dans la recherche et si nous voulons les connaître, nous devons nous adresser aux auteurs (ex : termes de recherche). J'ai pu remarquer que les auteurs accordaient beaucoup d'importance aux critères, aux types d'études et que la méthode était assez « stricte ». Il y a aussi de la rigueur dans les instruments de mesure. A nouveau, je trouve que les auteurs ont expliqué la méthode de	Stratégies de recherche : Les recherches ont été menées en deux étapes. La première permettait d'identifier des recherches générales qui donnent des données et des interventions de manière générale. Différentes bases de données ont été utilisées et les résumés des recherches étaient limités de 1980 à 2004. La deuxième étape concernait la recherche d'études autour des interventions possibles identifiées. A nouveau diverses bases de données ont été utilisées et les limites des résumés étaient de 1980 à

		<p>manière très succincte.</p> <p>Je trouve bien de connaître les méthodes utilisées par les auteurs, cependant lorsqu'il s'agit de revue systématique je trouve cela passablement rébarbatif et ennuyant. De plus, à mon avis, le fait de connaître la méthode de cet article ne m'est pas fortement utile pour répondre à ma question de recherche.</p>	<p>2004 et publications en anglais.</p> <p>Critères d'inclusion : Les participants étaient le personnel qui travaille à l'hôpital ou en milieux communautaires ou en unités résidentielles avec des patients atteints de problèmes de santé mentale, tous groupes de professionnels confondus. Les interventions pouvaient être conçues pour un professionnel individuellement ou pour un groupe. Toutes les interventions pouvant aider à améliorer l'environnement et l'expérience de travail, le moral du personnel ont été inclus (interventions éducatives, psycho-sociales, environnementales et organisationnelles).</p> <p>Conception : Les auteurs ont choisis d'inclure tous les essais contrôlés randomisés, les essais cliniques contrôlés, les études contrôlées avant et</p>
--	--	---	--

			<p>après ainsi que les <i>Time Series</i> contrôlés, qui se trouvaient en ligne. La primauté a, a chaque fois, été donnée à la preuve randomisée et à la méthode la moins biaisée.</p> <p>Résultats : Les résultats recherchés étaient basés sur les données suivantes : bien-être psychologique et morbidité psychiatrique parmi le personnel, satisfaction au travail, épuisement et stress, maladie/rotation du personnel et les coûts. La priorité a été mise sur les résultats mesurés à l'aide d'instruments validés et standardisés.</p> <p>Extraction des données et validité de l'évaluation : L'inclusion de l'étude, l'évaluation de la qualité et l'extraction des données ont été réalisés par 2 examinateurs ; les divergences d'opinions ont été résolues par la discussion. Des critères adaptés ont été utilisés pour</p>
--	--	--	--

			<p>juger la qualité des études.</p> <p>Synthèse des données : Etant donné l'hétérogénéité des interventions, les auteurs ont effectués un aperçu des caractéristiques de conception narratives et des résultats clés.</p>
<p>RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)</p>	<p>Toutes les données ont été traitées de manière rigoureuse et en lien avec les objectifs de départ des auteurs. Ils sont présentés de manière très succincte. Un tableau récapitulatif permet de bien saisir les interventions et les résultats pour chacune des études utilisées. Les chiffres des résultats sont soit en nombre (n=...) ou en pourcentage. La valeur <i>p</i> du résultat est aussi présente.</p>	<p>Je trouve que les résultats sont vraiment peu explicités et il m'a été difficile de tous les comprendre. Heureusement qu'il y a le tableau récapitulatif qui m'a permis de mieux saisir la recherche (surtout les interventions et les résultats).</p>	<p>Parmi 19'805 citations, huit études correspondant aux critères ont été choisies.</p> <p>Cadre des interventions et qualité des études : Toutes les évaluations ont été menées dans une gamme de paramètres d'hospitalisations en psychiatrie. Les études ont été menées dans une gamme de systèmes de soins de santé, y compris les Etats-Unis, le Royaume-Unis et d'autres pays européens. Les participants comportaient en majorité le personnel infirmier. Dans la majorité des études, les interventions ont été faites dans un service ou une unité, cependant les analyses ont eu lieu au niveau du travailleur</p>

			<p>individuel et non d'un groupe (peut induire une erreur dans l'étude). La taille des échantillons de population était généralement faible et la période de suivi était limitée. Peu d'études ont calculé un grand éventail de résultats. Pas d'études a rapporté le fait d'être positif au travers d'une gamme de résultats, incluant le bien-être psychologique, la satisfaction au travail, l'absentéisme du personnel, le stress. (+Cf. Tableau 1 pour détails).</p> <p>Interventions pédagogiques : La plus grande proportion de l'étude est représentée par les interventions éducatives qui ont pour but d'améliorer les compétences du personnel : formation en communication (plus empathique), formation pour l'utilisation d'interventions psycho-sociales, renforcement de la créativité et de la planification des soins primaires. Il est aussi question</p>
--	--	--	--

			<p>d'avoir une meilleure supervision. Les études avaient un point de vue positif concernant les interventions éducatives. En effet, cela améliorerait la satisfaction au travail, réduirait l'épuisement et le stress ainsi que le roulement du personnel. Dans l'une des études, il a été prouvé que la réduction des maladies du personnel entraînait des économies considérables. (attention aux limites : taille de l'échantillon et durée de la période d'essai de l'intervention)</p> <p>Interventions psycho-sociales : Deux études ont étudié les stratégies suivantes : amélioration des réseaux de soutien social, amélioration d'une supervision managériale, des groupes basés sur la gestion du stress et des actions pour étendre et utiliser les réseaux de soutien social.</p> <p>Il en est ressorti que les</p>
--	--	--	---

		<p>réseaux et la gestion par supervision peuvent améliorer le bien être psychologique. Pas de différence significative a été relevée concernant le bien-être, la satisfaction, l'épuisement professionnel / le stress et le taux de roulement de maladies en lien avec les cours de gestion du stress et les actions visant à étendre les soutiens sociaux.</p> <p>Interventions environnementales et organisationnelles : Les changements dans le modèle des procédures de soins infirmiers ont été évalués à chaque fois. L'amélioration de la satisfaction au travail et la réduction des taux de maladies ont été relevés. L'adoption d'un modèle d'enseignement primaire de soins infirmiers a également montré une réduction des maladies du personnel, mais une amélioration du stress ou de l'épuisement n'a pas pu</p>
--	--	--

			être démontrée.
DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)	La discussion reprend les différents résultats trouvés par les auteurs et ces derniers les discutent. Les limites de l'étude sont signalées plusieurs fois. Quelques perspectives sont explicitées.	Pour ma part, la discussion est une répétition des résultats et des limites de l'étude. Je trouve que ces résultats ne sont pas assez discutés de manière critique (positive ou négative) et que les perspectives ne sont de loin pas assez développées.	<p>Cette étude a permis d'identifier passablement d'interventions plus ou moins efficaces afin d'améliorer le bien-être et de réduire l'épuisement. Cependant, ces résultats doivent tenir compte des limites de l'étude (taille échantillon, erreurs d'analyse, résultats limités, pas de longue période de suivi).</p> <p>L'amélioration des compétences était une stratégie beaucoup utilisée pour faire face aux difficultés rencontrées. La méthode de prestation de soins - Intervention psychosociale- est très utilisée au Royaume-Unis et cela a un plus large impact sur la satisfaction au travail et sur le moral. Toutefois, plusieurs autres recherches sont nécessaires pour vraiment évaluer l'efficacité de ces interventions.</p> <p>D'autres recherches montrent</p>

			<p>que le personnel a besoin de se sentir soutenu dans leur rôle. Les stratégies de réseaux de soutien et l'amélioration des supervisions ont un impact sur le bien être du personnel. Cependant, il a été relevé que les stratégies qui pourraient être utiles ne peuvent par être mise en pratique à cause d'un mauvais soutien de la direction et d'un manque de congés pour assister aux supervisions de groupe.</p> <p>Les stratégies qui améliorent le moral et l'environnement au travail ont un impact sur la rétention du personnel et le taux de maladies. Cela met en perspective le fait que les coûts des programmes sont compensés par la réduction du taux de maladies (aspect pas encore assez étudié et rentabilité pas examinée).</p> <p>Jusqu'à présent le bien-être du personnel de santé mentale avait peu d'importance. De plus, les questionnaires ou</p>
--	--	--	--

			<p>professionnels avaient des réticences à signaler les problèmes rencontrés. Cependant des initiatives ont été prises pour remédier à cela et il est obligatoire de surveiller le moral et le bien-être mental du personnel. Le type d'interventions en lien avec cette surveillance et le maintien d'un bon moral n'est pas encore spécifié mais les auteurs espèrent que cette présente étude pourra servir.</p> <p>Plusieurs programmes sont déjà en place au Royaume-Unis mais ces modèles doivent encore être évalués.</p>
<p>GENERALITES (présentation / évaluation globale)</p>	<p>L'étude est bien présentée et la mise en page n'est pas trop lourde. Elle contient tous les items généralement nécessaires pour un bon article scientifique (introduction, méthode, résultats et discussion).</p>	<p>A la lecture du résumé, j'ai tout de suite trouvé cette recherche intéressante. Cependant, je trouve la recherche en elle-même très succincte et elle n'amène pas beaucoup de stratégies et de perspectives concernant ma question de recherche.</p>	

Références de l'article analysé : Edwards D. & Burnard P. (2003) **A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses.** *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2) : 169-200

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Dans le titre, on retrouve le devis de recherche, la population et le contexte/setting.	Pour ma part, le titre est très bon. En effet, il n'est pas trop long et en le lisant on sait tout de suite qu'il s'agit d'une revue systématique de littérature et qu'elle traite du stress et de la gestion de ce dernier chez les infirmières en santé mentale.	Une revue systématique du stress et des interventions de gestion du stress pour les infirmières en santé mentale.
AUTEURS	Ils sont au nombre de deux. L'un est le chercheur principal et il est accompagné d'un professeur (vice-doyen). Ils viennent tous les deux de la <i>School of Nursing and Midwifery Studies, University of Wales College of Medicine, UK.</i>	Selon les références des auteurs, je fais l'hypothèse que ce sont de bons auteurs et qu'ils ont des connaissances dans le domaine des soins.	
RESUME	Le résumé est construit ainsi : contexte, but, méthode, résultats et conclusions. Pour chaque partie, les auteurs citent les éléments essentiels	Je trouve que le résumé est très bien construit. Selon moi, il est de la bonne grandeur et permet tout à fait au lecteur de saisir le contenu principal de la	Contexte : au Royaume-Uni les professionnels de la santé ont plus d'absences au travail que les professionnels d'autres secteurs / cela peut être dû au

	<p>de l'article afin de permettre au lecteur de se faire une idée de l'étude avant de la lire.</p>	<p>recherche et de déterminer si l'article nous intéresse ou non. A la seule lecture du résumé j'ai pu sélectionner cette recherche pour répondre à ma question de recherche et j'estime que c'est un critère pour dire que c'est un bon résumé.</p>	<p>stress / il faut traiter ces problèmes et encore plus en santé mentale</p> <p>But : identifier les facteurs de stress ainsi que les modérateurs afin d'explorer les stratégies de gestion de stress et leurs implications</p> <p>Méthode : études publiées en anglais de 1966 à 2000 qui ont été faites au Royaume-Uni / population : infirmières en santé mentale</p> <p>Résultats : 70 études répondaient aux critères d'inclusion / bonnes techniques de gestion de stress : relaxation, formation dans les techniques comportementales, ateliers de gestion du stress, formations continues</p> <p>Conclusions : on connaît beaucoup sur le sujet du stress au travail / manque au niveau de la pratique concernant l'impact des</p>
--	--	--	---

			interventions modérant ou supprimant certains facteurs de stress
INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)	<p>Au début de l'introduction, les auteurs posent l'énoncé du problème. Ensuite, un paragraphe appuie l'importance du problème à l'aide de chiffres et statistiques. La recension des écrits est faite. Il n'y a pas de cadres théoriques ou conceptuels expliqués dans cette introduction. A la fin de cette dernière, le but de l'étude est cité et expliqué.</p>	<p>Je trouve que l'introduction est bien car on se rend compte tout de suite que le stress est un problème et qu'il faut le traiter. L'importance du problème est aussi très bien mise en avant par les auteurs. On comprend la nécessité de faire des recherches sur ce thème. Elle n'est pas très longue mais cible dès le départ la problématique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le stress sur le lieu de travail est un grave problème de santé que ce soit pour les employés ou pour les organisations ; il a des conséquences telles qu'épuisement professionnel, maladie, absentéisme, mauvais moral et une diminution de l'efficacité et des performances au travail (Sutherland & Cooper, 1990). • C'est le plus grand problème de santé lié au travail au Royaume-Uni (Gray, 2000) • Nuffield Trust (1998) : les travailleurs de la santé au Royaume-Uni ont de plus grands taux d'absences et de maladies que les

			<p>professionnels d'autres domaines.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 27% du personnel des soins souffrent de perturbations psychologiques graves (Wall et al., 1997). • Sainbury Centre de santé mentale (2000) : il faut traiter les problèmes de recrutement et de rétention pour maintenir la durée de grands services psychiatriques du Royaume-Uni. • Il a été signalé par le National Health Service (1998) que 85% de 100 services de psychiatrie du Royaume-Uni interrogés disent avoir des problèmes tant dans le recrutement que dans la rétention des infirmiers-ères. • Un nombre croissant de
--	--	--	---

			<p>recherches sur les stratégies d'adaptations et sur la gestion du stress a déjà été réalisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • But de cette étude : identifier les facteurs de stress, les modérateurs et les résultats du stress (épuisement professionnel, satisfaction au travail) chez les infirmières en psychiatrie et ainsi avoir des implications plus claires concernant les stratégies de gestion du stress.
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>On sait que c'est une revue systématique de littérature. Dans ce chapitre, les auteurs citent les critères d'inclusion des études qu'ils ont trouvées. Ensuite, ils mentionnent la stratégie de recherche utilisée pour trouver les articles.</p>	<p>La méthode est expliquée de manière très succincte par les auteurs. On sait juste les critères d'inclusion des études et la stratégie de recherche est expliquée de manière très large. Pour ma part, je trouve qu'on arrive très bien comprendre comment les auteurs s'y sont pris pour trouver leurs articles et ce</p>	<p>Etudes incluses : articles de recherche de 1966 à 2000 menées au Royaume-Uni dont les participants étaient des infirmières en santé mentale / études provenant de pays européens et des USA ont été prises en tant que « modèle potentiel de bonne pratique »</p>

		<p>n'est (à mon avis) pas forcément toujours très utile d'avoir la méthode expliquée dans les moindres détails.</p>	<p>Stratégie de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de données informatiques (PubMed, Embase, CINAHL,...) • Recherche manuelle des revues de soins infirmiers (<i>Journal Advanced of Nursing, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,...</i>) • Rédactions des auteurs principaux • Citations dans les journaux identifiés par les recherches ci-dessus (à l'aide de termes de recherche : <i>Mental Health Nur, Psychiatric Nur,...</i>) Les divers termes utilisés ont été associés avec les termes suivants : <i>stress, burnout, coping, job satisfaction et stress management.</i>
--	--	---	--

<p>RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)</p>	<p>Les auteurs ont traité toutes les données et les résultats sont nombreux. Tout d'abord, ils commencent par les résultats des articles trouvés. Des tableaux récapitulatifs sont présents afin d'explicitier/illustrer ces résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) critères d'inclusion 2) raisons de l'exclusion 3) résumé des recherches menées au Royaume-Uni 4) informations sur les mesures utilisées, les principaux résultats, les détails et la rigueur des études trouvées pour le Royaume-Uni 5) informations sur les mesures, les principaux résultats, le résumé, les détails et la rigueur des études menées en dehors du Royaume-Uni <p>Ensuite, les auteurs ont divisé ce chapitre résultat en 3 parties : facteurs de stress, les</p>	<p>Je trouve que les résultats sont très bien présentés. Ils y en a vraiment beaucoup. Le fait que ce soit une revue systématique de littérature, de nombreuses études rapportent les résultats ; cela est très intéressant. Les limites de l'étude sont aussi très bien explicitées et permet d'être sensibilisé au fait qu'il ne faut toujours généraliser et que la rigueur est importante.</p>	<p>Cette étude rapporte de nombreux résultats. Pour ce faire, j'ai choisi de ressortir ci-dessous que les résultats intéressants et pertinents qui pourront m'être utiles pour répondre à ma question de recherche.</p> <p>Résultats concernant les articles : au total 77 articles ont été examinés → 58 études menées au Royaume-Uni et 19 études menées en dehors du Royaume-Uni</p> <p>Facteurs de stress, les modérateurs et les résultats du stress :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle du stress développé par Carson et Kuipers (1998) : il existe trois sources principales de stress (facteurs de stress en lien avec le travail / facteurs externes au travail comme les événements majeurs de la vie / les « petits
---	--	--	--

	<p>modérateurs et les résultats du stress / interventions de gestion du stress / efficacité de la supervision clinique→ Dans chaque partie les auteurs ressortent les principaux résultats trouvés dans les études ainsi que quelques modèles et concepts en lien avec les études. Ils expliquent aussi de manière succincte les études (objectifs, méthode) avant de donner les résultats. Il y a aussi 2 tableaux présents afin d'illustrer certains résultats.</p> <p>Pour terminer, les auteurs expliquent les limites de cette étude dans le chapitre : questions méthodologiques.</p>		<p>tracas ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trystad (1986) : Un des facteurs le plus déterminant de stress chez les infirmières en santé mentale sont les difficultés relationnelles avec d'autres infirmières ou avec les chefs ainsi que la capacité de travailler ensemble. • L'administration/ organisation ainsi que les conflits et les ressources limitées sont aussi des sources de stress élevées pour les infirmières (Dawkins et al., 1985). • Landeweerd & Boumanns (1988) : Le personnel travaillant dans des services de court séjour a rapporté une plus faible satisfaction au travail ainsi que de faibles
--	---	--	--

			<p>scores sur la santé et des variables de stress en comparaison avec les infirmières travaillant dans des unités d'admission et de long séjour.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières en soins généraux ont montré une plus grande satisfaction au travail ainsi que moins de problèmes de santé liés au stress que les infirmières en santé mentale (Landeweerd & Boumanns, 1988). • Carson et Kuipers (1998) ont identifié 7 modérateurs pour faire face au stress : niveau élevé de l'estime de soi, bons réseaux de soutien social, la robustesse, de bonnes capacités d'adaptation, la maîtrise et le contrôle personnel, la stabilité émotionnelle et un bon
--	--	--	--

			<p>mécanisme de libération physiologique. Cela permet de minimiser les effets du stress.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turner & Roszell (1994) : Le plus important de ces modérateurs pour un individu est probablement l'estime de soi / les personnes avec une bonne estime d'eux-mêmes auront un plus grand sentiment de « self efficacy » (Branden, 1994). • Les résultats du stress peuvent être positifs (santé psychologique, satisfaction élevée au travail) ou négatifs (état de santé médiocre, épuisement professionnel, insatisfaction au travail) • Burnout a 3 trois dimensions :
--	--	--	---

			<p>épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Munro et al. (1998) : Les infirmières se sentent en meilleure santé et plus satisfaites au travail en possédant un plus grand « contrôle du job » et du soutien social sur le lieu de travail ainsi que dans leur vie privée. • Dorr et al. (1980) : la constatation a été faite que la satisfaction au travail des infirmières était liée au climat social qui régnait dans le service. • Les principales caractéristiques de la satisfaction au travail sont : travail intéressant à faire, des responsabilités dans le
--	--	--	--

			<p>travail et de bonnes relations interpersonnelles avec les collègues (Farrell et Dares, 1999).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été montré qu'avoir eu moins de changements de précédents travaux, être jeune, avoir moins de soutien et de supervision, avoir une faible satisfaction au travail et avoir un risque plus élevé d'agression avaient une influence sur les intentions des infirmières de quitter leur emploi. • Dans 18 études du Royaume-Uni, l'épuisement professionnel a été mesuré, il en résulte : épuisement émotionnel de 22% à 51%, dépersonnalisation de 7% à 45% et diminution de l'accomplissement
--	--	--	---

			<p>personnel de 27% à 42 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 27 % à 42 % des infirmières travaillant en psychiatrie ont un score au-dessus du seuil de vulnérabilité de la morbidité psychiatrique. • Melchior et al. (1997) : l'épuisement professionnel est positivement associé au conflit de rôle, mais négativement associé à la satisfaction au travail, au soutien du personnel et à la participation à l'organisation. • Les infirmières en psychiatrie ont des niveaux plus haut d'épuisement émotionnel (Tummers et al., 2001). • Les variables qui prédisent l'épuisement professionnel :
--	--	--	--

			<p>l'intensité du stress, les changements stressants de la vie (positifs ou négatifs) et le soutien social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thomson et al. (1999) : facteurs en lien avec un meilleur bien-être psychologique → moindre consommation d'alcool, sexe masculin, être une infirmière clinicienne, moins de congés maladies dans l'année précédente / épuisement est supérieur si : plus de jours de maladie dans la dernière année, être une femme, avoir moins de 40 ans. Les facteurs prédictifs de bien-être : estime de soi, la réalisation professionnelle, la charge de travail et les jours de maladie dans l'année. L'épuisement professionnel est prédit
--	--	--	--

			<p>par : épanouissement professionnel, la charge de travail, l'estime de soi, le climat de travail, le nombre de jours de maladie dans l'année.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melchior et al. (1997) : les hommes ont des scores plus élevés sur les 3 variables de l'épuisement professionnel. • Samuelsson et al. (1997) : Le personnel en psychiatrie ayant des idées suicidaires dans la dernière année a des scores d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, de fatigue et de désespoir significativement plus élevés que les personnes qui n'ont jamais eu d'idées suicidaires. Un mauvais environnement de travail a été mis en lien avec le burnout et la
--	--	--	---

			<p>dépression.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes avec une plus grande expérience dans le travail en psychiatrie ont rapporté moins de doutes personnels de soi concernant leurs capacités dans les soins infirmiers et des niveaux plus haut dans les compétences émotionnelles (surtout les infirmières) (Humpel et Caputi, 2001). <p>Intervention de gestion du stress : Il y a eu 6 études qui ont été menées au Royaume-Uni sur les interventions de gestion du stress. Voici ce qu'il est en ressorti :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Milne et al. (1986) : Afin d'améliorer la satisfaction au travail et de réduire le taux de maladies chez les infirmières en psychiatrie, la formation
--	--	--	---

			<p>en techniques comportementales est un bon moyen. De plus, cette formation en thérapie comportementale permet d'améliorer la préparation des infirmières dans leurs tâches, en les aidant à développer leurs compétences et connaissances et ainsi leur permettre de traiter les problèmes des patients de manière plus efficace. Cette formation inclut l'évaluation comportementale, l'apprentissage et la thérapie du comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waston (1986) : Afin de gérer le stress, il y a des techniques personnelles qui aident de manière significative à développer des
--	--	--	---

			<p>capacités pour faire face à l'anxiété et au stress. Une de ces techniques est la relaxation dont celle de Jacobsen, qui permet une relaxation musculaire progressive. D'autres techniques de détente peuvent être utilisées : médiation clinique standardisée, biofeedback et l'auto-hypnose. (→lors de l'étude, les participants devaient choisir la méthode qui leur convenait le mieux et ils l'ont ensuite utilisée tout au long de l'étude).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunkler & Whittick (1991) : Pour réduire l'épuisement professionnel chez les infirmières en psychiatrie, les ateliers de gestion du stress ont été efficaces. Dans ces ateliers les concepts
--	--	--	---

			<p>abordés sont le stress, l'épuisement, les principes de gestion du stress et la relaxation musculaire progressive. Dans ces ateliers, les participants discutent et ressortent les différentes stratégies utilisées. De plus, ils ont l'occasion de parler de toutes les situations difficiles qu'ils ont rencontrées et d'échanger avec les autres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carson et al. (1998) : Dans cette étude, un modèle de soutien social a examiné l'impact des événements de vie et du stress. Les participants ont dû identifier les personnes qui leur fournissent un soutien et ainsi élaborer un réseau de soutien social. Il semblerait que
--	--	--	--

			<p>dans cette étude, les programmes de soutien pour les infirmières en psychiatrie n'offraient pas beaucoup d'avantages mais seulement des commentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lemme (2000) : Il a été montré dans son étude que les niveaux de détresse psychologique et d'épuisement professionnel diminuaient de manière significative à la suite d'une formation de 15 semaines en lien avec les compétences thérapeutiques. • Ewers et al. (2002) : La formation d'un groupe d'infirmières en santé mentale dans des interventions psychosociales a eu un effet significativement positif sur le niveau d'épuisement
--	--	--	--

			<p>professionnel. Il s'agissait d'interventions permettant d'aider les cliniciens à conceptualiser les problèmes de leurs patients dans un cadre plus empathique et de former les infirmières à atteindre des compétences nécessaires pour intervenir de manière efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gordon et Goble (1986) ont mené une étude qui portait sur la satisfaction au travail des infirmières. Il y a une méthode pour faire face à la frustration professionnelle qui est de s'adapter à la situation ; cette méthode est appelée « accommodation créative ». C'est une expansion des activités
--	--	--	--

			<p>que les infirmières fournissent en ayant l'occasion d'accroître leur sentiment d'accomplissement et de renforcer leur estime professionnelle, en plus des entretiens avec les patients et de l'organisation des autres besoins des patients.</p> <p>L'accommodation créative est : l'affirmation de soi avec répétition du comportement dans un groupe (ces résultats doivent être traités avec prudence).</p> <p>Efficacité de la supervision clinique : Trois études ont été menées en Suède afin d'évaluer l'efficacité sur 1 an de la supervision clinique en lien avec l'épuisement professionnel et la satisfaction du travail (Berg & Hallberg,</p>
--	--	--	--

			<p>1999) → au cours des 12 mois de l'étude, la mesure du score moyen de l'ennui a diminué de manière significative pour l'épuisement mental ; le degré d'épuisement n'a pas montré d'évolution significative dans le temps ; il a aussi été montré que la satisfaction à l'égard des facteurs relatifs au soins infirmiers ainsi que le travail en lui-même a augmenté de façon significative au court du temps ; les facteurs sont la satisfaction de la coopération, le confort dans le travail, la satisfaction des responsabilités, de l'organisation et la qualité des soins.</p> <p>Berg et Halberg (1994) : ils ont mené une étude portant sur la créativité et le climat innovateur ainsi que sur l'ennui et l'épuisement professionnel, chez des infirmières en psychiatrie de 2 services pendant 1 an de supervision clinique en Suède. A nouveau, l'ennui et l'épuisement</p>
--	--	--	--

			<p>professionnel a diminué dans le groupe expérimental.</p> <p>Les questions méthodologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré un grand nombre d'études venant du Royaume-Uni, d'autres pays sont représentés dans ces études. Les pays ne fonctionnent pas tous de la même manière avec des systèmes de soins très différents ; c'est pourquoi il y a des limites dans la généralisation des résultats. • Les outils utilisés dans les études n'ont pas toujours été validés et la fiabilité n'a pas toujours été établie de manière rigoureuse. • Les auteurs n'ont pas toujours utilisé les mêmes questionnaires
--	--	--	---

			<p>pour les études, ce qui apporte des difficultés dans la comparaison des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'échantillon (pas toujours les mêmes dans les études) • Les choix et la rigueur dans les analyses statistiques ne sont pas pareils dans les études. • Il y a parfois des problèmes dans la durée des interventions (suivi après les interventions pour vérifier l'efficacité). <p>→ tout cela donne lieu à des problèmes avec la généralisation et la rigueur.</p>
<p>DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)</p>	<p>Dans cette discussion, les auteurs citent à nouveau les objectifs de l'étude et les principaux résultats qui en sont ressortis. A la fin, ils en</p>	<p>Pour ma part, je trouve que la discussion est bien construite. En effet, les auteurs reprennent tous les résultats et cela nous permet d'avoir une</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses recherches montrent qu'il y a un niveau excessif de stress au travail chez les

	discutent succinctement et proposent des « actions » plus concrètes pour essayer de gérer et diminuer le stress chez les infirmières en santé mentale.	synthèse des points importants à ressortir de cette étude. Les résultats sont aussi discutés en lien avec la pratique et les perspectives possibles. Je trouve la fin très intéressante car les auteurs parlent de l'importance de lutter contre les effets négatifs du stress et ils terminent la discussion en « ouvrant un débat » (qui permet au lecteur de nouvelles réflexions sur le sujet).	<p>infirmières en psychiatrie. Elles peuvent éprouver des stress personnels en lien avec le fait de travailler en étroite et intense relation avec les patients durant une période plus ou moins prolongée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sources de stress : l'administration et les préoccupations organisationnelles, relations avec les patients, lourde charge de travail, conflits interprofessionnels et au travail, questions financières et les ressources, changements professionnels et le fait de douter de soi, niveau de dotation, maintien des normes, encadrement insuffisant. • Facteurs associés à des
--	--	---	---

			<p>niveaux de stress croissants : insatisfaction au travail, mauvaise qualité de l'aide sociale, le nombre de jour de travail, être plus jeune, réduction du temps de contact avec les patients, insatisfaction à l'égard des conditions de travail, niveau de responsabilité, être une femme, le travail de nuit occasionnel, nombreux dossiers parfois, augmentation des tâches administratives.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégies les plus citées : soutien social, avoir des relations stables, reconnaître ses limites, faire face aux problèmes immédiatement quand ils se produisent, soutien par les pairs, avoir une bonne forme physique, stratégies
--	--	--	--

			<p>personnelles (estime de soi,...), supervision, bonne vie de famille et à la maison, intérêts en dehors du travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs associés à de bonnes capacités d'adaptation : être une femme (pour le soutien social et le confort émotionnel), plus d'expérience dans le domaine, être plus âgé, la sécurité et le milieu de travail. • Facteurs d'abandon dans les soins infirmiers : faible satisfaction générale de l'emploi, insatisfaction de la qualité des décisions prises par la direction, insatisfaction de la quantité de formations offertes par les services, insatisfaction des conditions physiques de travail, être plus jeune,
--	--	--	---

			<p>moins expérimenté et qualifié.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le burnout et l'augmentation du niveau d'épuisement émotionnel ont été associés à des conflits de rôles, du manque d'implication dans l'organisation, d'une faible satisfaction au travail, des soins aux patients, de l'environnement de travail et du manque de soutien. • Concernant l'évaluation des interventions de gestion du stress, il est ressorti dans la littérature que les programmes de gestion du stress se basaient très souvent sur les stratégies individuelles ainsi que la relaxation, l'exercice et la gestion du temps (Newmann & Beehr, 1979, DeFrank &
--	--	--	--

			<p>Cooper, 1987, Van der Hek & Plomp, 1997).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour gérer de manière efficace le stress, il faut s'attaquer au problème à plusieurs niveaux : <ol style="list-style-type: none"> 1) Éviter les problèmes sur lieu de travail afin de diminuer et de minimiser les facteurs / stratégies proactives (non réactives) par rapport à l'environnement et à l'organisation (manque d'interventions pour améliorer l'organisation) / ce n'est pas possible de déterminer quelles stratégies/ interventions sont les plus efficaces et recommandées / Van der Hek & Plomb (1997) posent l'hypothèse que
--	--	--	---

			<p>l'absence de preuves d'interventions efficaces de prévention du stress n'est pas en lien forcément avec le manque d'études, mais surtout à cause de leur grande hétérogénéité.</p> <p>2) Minimiser les effets négatifs du stress par l'éducation et les stratégies de gestion</p> <p>3) Aider les personnes qui souffrent des effets du stress → les organisations doivent reconnaître et accepter que la lutte contre les effets du stress est une question importante en santé mentale (la politique de santé et de sécurité ne doit pas concerner que les grandes</p>
--	--	--	---

			entreprises et il faut aussi maintenir la santé mentale des infirmières).
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	L'article est bien présenté. Les différentes parties spécifiques aux recherches scientifiques sont présentes. Il y a des tableaux récapitulatifs des études et des résultats. Il date de 2003. C'est une revue systématique de littérature.	Pour ma part, c'est un bon article scientifique. Les auteurs ont bien su ressortir l'essentiel des résultats qu'ils ont trouvé dans les nombreuses études sur lesquelles ils se sont basées. Le fait que ce soit une revue de littérature permet d'avoir plus de résultats et une vision plus large de la littérature existante sur le sujet. Cet article me sera très utile pour répondre à ma question de recherche.	

Références de l'article analysé : Reissner V., Baune B., Kokkevi A., Schifano F., Room R., Palm J., Stohler R., DiFuria L., Rehm J., Hölscher F., Schwarzer C. & Scherbaum N., (2009) **Burnout, Coping and Job satisfaction in Service Staff Treating Opioid Addicts – from Athens to Zurich.** *Stress and Health*, 26 : 149-159

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Le titre indique immédiatement de quoi les auteurs souhaitent parler. On y retrouve la population (personnel des services de traitement des toxicomanes aux opiacés) et le contexte (burnout, adaptation et satisfaction dans les services pour toxicomanes). De plus, il nous donne aussi l'indication des endroits où se passe l'étude (Athènes à Zurich).	Pour ma part, le titre est très bien. Il n'est pas trop long et clair. Je trouve qu'on saisit tout de suite de quoi va parler l'étude. Dans un premier temps, j'ai pu sélectionner cette recherche qu'à l'aide du titre.	Burnout, adaptation et satisfaction au travail dans le personnel des services de traitement des toxicomanes aux opiacés – d'Athènes à Zurich.
AUTEURS	Ils sont au nombre de 10. Ils viennent de différents pays : Allemagne, Australie, Suisse, Italie, Grèce, Royaume-Unis et Suède. Les auteurs sont pratiquement tous issus d'Université, de Départements de psychiatrie et de centres de	Le nombre d'auteurs est considérable mais je trouve que le fait de travailler en équipe permet d'avoir plus d'idées et de points de vue. La diversité des Pays et des compétences permet d'avoir un regard plus large et plus de	

	recherches.	connaissances sur le sujet. Les auteurs me paraissent être bien, cependant je trouve dommage que l'on ne sache pas à quel corps professionnel ils appartiennent (ex : médecins, psychiatres, infirmiers,...).	
RESUME	Le résumé se présente sous la forme d'un seul paragraphe. Cependant, en le lisant, on distingue très bien différentes parties : introduction, méthode et instruments, résultats et discussion. Il donne les informations nécessaires pour avoir un bref regard de ce que les auteurs vont traiter dans l'article.	Personnellement je trouve que c'est un très bon résumé. Il n'est pas trop long et les auteurs ont su cibler l'essentiel ; en le lisant une fois on comprend le sens de la recherche (sans devoir aller lire plus loin).	<p>Introduction : Des données préliminaires sont déjà connues en lien avec une étude multicentrique longitudinale européenne, qui s'intéresse principalement aux dépendances aux opiacés et au système de santé dans six villes européennes (recherche des systèmes de traitement de la toxicomanie sur l'étude européenne (TREAT-projet)).</p> <p>But : Dans le cadre d'un examen des traitements aux toxicomanes, la présente étude évalue le niveau d'épuisement professionnel, les stratégies d'adaptation, la perception de l'auto-efficacité et la satisfaction au travail chez le personnel de santé qui</p>

			<p>traite les toxicomanes aux opiacés.</p> <p>Méthode : Recrutement des employés à Athènes, Londres, Padoue, Stockholm, Zurich et Essen. 383 membres du personnel ont rempli un questionnaire (Maslach Burnout, échelle de satisfaction du travail).</p> <p>Résultats : Les auteurs y présentent les principaux résultats en quelques lignes (ex : un tiers du personnel souffrent d'épuisement professionnel grave/ burnout est positivement corrélé à des stratégies d'adaptation passives).</p> <p>Conclusion : Les auteurs nous indiquent que les résultats sont discutés en lien les données préliminaires de l'TREAT-projet.</p>
<p>INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de</p>	<p>L'introduction est bien construite. On y retrouve l'énoncé ainsi que l'importance</p>	<p>Je considère que l'introduction est très bien. Elle n'est pas trop longue et nous renseigne</p>	<p>Le burnout est un problème important. Maslach définit trois symptômes : épuisement</p>

recherche-objectif)	<p>du problème. Par la suite, un paragraphe est accordé à la recension des écrits. Puis, les raisons de l'épuisement, la spécificité des patients toxicomanes, les stratégies de coping, l'auto-efficacité et la satisfaction au travail sont définis et explicités. Le dernier paragraphe nous donne des précisions sur la présente étude et amène les hypothèses de recherche.</p>	<p>très bien sur les informations essentielles pour comprendre la recherche. Les auteurs ne se répètent pas et vont à chaque fois à l'essentiel (concernant la recension des écrits, le cadre théorique,...). Ils partent d'une vision plus large et théorique pour à la fin se focaliser sur la présente étude.</p>	<p>émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de la réalisation personnelle. Ce burnout a pour conséquence : augmentation du taux de maladies dans les services, utilisation augmentée d'alcool et drogue, satisfaction au travail diminuée et roulement élevé du personnel. Ceci a pour conséquences : réduction de la qualité des services et résultats pauvres chez les patients.</p> <p>Plusieurs enquêtes ont déjà été menées sur l'épuisement mais les études sont rares concernant le personnel travaillant avec des toxicomanes.</p> <p>Les raisons de l'épuisement : lourde charge de travail, pression pour éviter les erreurs, relations interpersonnelles difficiles avec les patients. Problèmes supplémentaires en lien avec les patients toxicomanes : comorbidités, problèmes</p>
---------------------	--	--	--

			<p>sociaux, comportements asociaux, taux de mortalité élevé.</p> <p>Il y a deux sortes de stratégies d'adaptation : adaptation active et adaptation passive.</p> <p>General auto-efficacité (GSE) est la croyance en ses compétences pour faire face à divers situations difficiles et stressantes. Il a été montré que la GSE pouvait avoir parfois des corrélations positives et d'autres fois des négatives.</p> <p>La satisfaction au travail peut avoir cette définition : réactions, sentiments et émotions développées par les professionnels en lien avec leur travail. Il a été montré que le roulement et l'absentéisme chez les infirmières est associé à une faible satisfaction au travail.</p> <p>Cette étude est la première qui s'intéresse à l'épuisement,</p>
--	--	--	---

			<p>coping et satisfaction chez le personnel travaillant avec les toxicomanes au niveau européen. Elle permet de voir comment les soignants font face à l'épuisement. Elle permettra aussi de faire une comparaison entre les six pays représentés (preuves empiriques sur les facteurs culturels qui influencent le bien-être). Elle aidera à regrouper un certain nombre d'idées pour prévenir l'épuisement et améliorer la satisfaction au travail.</p> <p>Hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de burnout des travailleurs dans les services d'addiction en Europe sera élevé et les différences de l'épuisement et de la satisfaction sont à prévoir entre les Pays. • Le personnel travaillant en addiction préfère en général l'adaptation
--	--	--	---

			<p>active ; ceux qui sont gravement atteint préfèrent le style d'adaptation passif.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les différences personnelles et les variables organisationnelles sont liées à l'épuisement, à la satisfaction au travail et à l'auto-efficacité. Ces différences et variables sont également des facteurs de risque de l'épuisement.
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>Le devis de recherche est indiqué au début de la procédure. Dans la méthode on retrouve la procédure effectuée pour choisir les Pays, les institutions et les critères d'inclusion/exclusion des participants. Par la suite, la manière de récolter les données est indiquée (4 questionnaires). L'éthique et la rigueur a été tenues en compte par les auteurs. Le</p>	<p>Pour ma part, la méthode est très bien expliquée ; je n'ai eu aucune difficulté à comprendre la démarche des auteurs pour réaliser cette étude. A nouveau j'apprécie le fait que les auteurs vont à l'essentiel de manière simple, courte et structurée. Je trouve que les principaux critères pour l'évaluation d'une bonne méthode sont présents. De plus, je trouve que les</p>	<p>Procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Etude comparative transversale et description longitudinale Choix des pays à l'aide de la catégorisation de Klingemann et Hunt (1998) Choix des institutions à l'aide de questionnaires

	<p>retour des questionnaires et le pourcentage de réponse en lien avec les pays est décrit et un tableau récapitulatif est présent. Puis les caractéristiques de l'échantillon sont décrites et mises aussi sous forme de tableau. Les auteurs décrivent ensuite les mesures des données pour les 4 questionnaires. Et pour terminer, l'analyse statistique des données est abordée. Le déroulement de l'étude est donc décrit mais il n'y pas de données en terme de temps.</p>	<p>chercheurs utilisent de bons instruments/questionnaires pour récolter les données.</p>	<p>standardisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix des participants à l'aide de critères d'inclusion (employés délivrant des soins/conseils/traitements aux toxicomanes au opiacés) et d'exclusion (travailleurs qui s'occupent uniquement des problèmes financiers des patients et les médecins généralistes) • Questionnaires : Maslach Burnout Inventory (MBI) / Brief Cope / GSE / échelle de satisfaction au travail. Ethique et l'anonymat ont été respectés. En comptabilisant les 6 Pays, 902 questionnaires ont été distribués, 383 complétés, ce qui fait un taux de retour de 43%.
			<p>Caractéristique de</p>

			<p>l'échantillon : cf tableau récapitulatif (2)</p> <p>Mesures des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Burnout : à l'aide de la MBI sur 22 points avec 7 items de Likers de 0 (jamais) à 6 (toujours) • Styles d'adaptation : à l'aide de Briel COPE sur 28 points • Auto-efficacité : à l'aide du GSE en 10 items/questions • Satisfaction au travail : mesurée toutes les 30 minutes d'une journée de travail/fait à l'aide d'une échelle de Likert de 5 points (très satisfaisant à pas du tout satisfaisant) <p>Analyse statistique : Des comparaisons entre les groupes ont été effectuées par analyse de variance pour les variables. Divers outils ont été</p>
--	--	--	---

			utilisés pour analyser les résultats : t-test, x2- test, régression logistique, odds ratios, pourcentage des intervalles de confiance. Cela a été effectué en utilisant SPSS v10.0.
RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)	Le traitement des données a été fait. Les résultats se présentent en cinq paragraphes en lien avec chacun des questionnaires distribués. Les auteurs citent et décrivent les principaux résultats et les plus pertinents. Pour tous les aspects traités par les auteurs, des tableaux récapitulatifs des données sont présents. Les chiffres des résultats sont mis soit en pourcent et en nombre (n=...) ; la moyenne, l'écart-type et la valeur <i>p</i> sont aussi présents pour certains résultats. D'autres valeurs sont aussi présentes en lien avec l'outil utilisé pour collecter et analyser les données (coefficient de régression	Je trouve que les résultats sont bien présentés et le fait qu'il y ait des schémas /tableaux récapitulatifs est utile. Les principaux résultats et comparaisons sont ressortis. Je trouve très intéressant de pouvoir comparer entre les différents pays. Cependant, les résultats ne donnent pas vraiment de stratégies d'adaptation (lien avec ma question de recherche) mais plus des comparaisons entre différents pays concernant le burnout, la satisfaction au travail et les stratégies passives ou actives.	Voici les principaux résultats à ressortir : Burnout en Europe chez le personnel des services d'addiction : <ul style="list-style-type: none"> • 29% du personnel souffrent de symptômes sévères d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation • Il y a un degré sévère de personnes qui ne se trouvent pas assez bon au travail • L'épuisement émotionnel est le principal critère d'épuisement professionnel (Londre et

	(B),...).		<p>Stockholm : 44%, Zurich 8%).</p> <p>Différences de l'épuisement et de la satisfaction au travail chez le personnel des services d'addiction en Europe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les travailleurs de Londres sont plus gravement perturbés par l'épuisement émotionnel que ceux de Zurich • Les membres des équipes de Essen se sentent plus dépersonnalisés • La moyenne de la satisfaction au travail a été signalée comme « satisfaisante » (meilleur à Zurich et Athènes qu'à Essen) <p>Stratégies pour faire face au stress et à l'épuisement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies actives
--	-----------	--	---

			<p>pour faire face au stress au travail sont préférées aux stratégies passives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été montré que les personnes étant plus touchées par l'épuisement émotionnel utilisent plus les stratégies passives que les personnes avec un score plus faible. <p>Facteurs individuels et organisationnels associés à l'épuisement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont associés à la domination des stratégies d'adaptation passives, à la faible auto-efficacité et à une faible satisfaction au travail. • Le sentiment d'accomplissement personnel au travail est
--	--	--	--

			<p>en lien avec des efforts actifs pour résoudre les problèmes, une haute auto-efficacité et une vision positive du travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec une forte auto-efficacité, le personnel se perçoit lui-même comme étant plus efficace pour résoudre les problèmes. • Stratégies passives entraînent des émotions négatives, une faible satisfaction au travail et moins d'auto-efficacité. • Les hommes sont plus enclins à la dépersonnalisation • Pas de différence entre les sexes n'a été montrée en ce qui concernent les stratégies, l'auto-efficacité et la
--	--	--	---

			<p>satisfaction.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel des services hospitaliers ont des comportements d'adaptation plus actif que celui des services ambulatoires. • Le nombre d'années d'expérience dans le métier peut être un facteur de l'épuisement professionnel. <p>Facteurs de risque de l'épuisement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction au travail / utilisation de stratégies d'adaptation passives / travailler dans un service d'addiction à Stockholm
<p>DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)</p>	<p>La discussion peut se diviser en trois parties. La première partie reprend les principaux résultats qui sont discutés en lien avec la théorie et la littérature. Dans la deuxième</p>	<p>Selon moi, la discussion est pertinente. Elle compare bien les résultats avec les données déjà présentes dans la littérature. J'ai trouvé très intéressant la partie où les</p>	<p>Un tiers du personnel européen travaillant en addiction souffre d'un épuisement professionnel (épuisement émotionnel=symptôme</p>

	<p>partie, les limites de l'étude sont clairement expliquées. Pour terminer, la troisième partie se centre sur une conclusion en lien avec les choses qui seraient encore à faire et les différentes perspectives en lien avec l'épuisement professionnel.</p>	<p>auteurs comparent Zurich et Stockholm (taux épuisement en lien avec le soutien social). Cependant, je trouve que les perspectives auraient pu être un peu plus développées.</p>	<p>principal). 45 à 48% des infirmières anglaises en psychiatrie sont très émotionnellement épuisées.</p> <p>A Zurich la prévalence de l'épuisement est nettement inférieure à celle de Stockholm ou Londres. Il est discuté que cet épuisement peut aussi être dû aux caractéristiques des patients. En effet, il a été montré par l'étude TREAT que les patients venant de Zurich avait un soutien plus élevé de la part des professionnels et non-professionnels. D'autre part, les toxicomanes de Stockholm reçoivent un faible soutien social et le taux d'utilisation des services de santé pour toxicomanes est l'un des plus faibles. Compte tenu de ceci, les patients gravement atteints (Stockholm) peuvent être considérés comme la principale cause d'épuisement, à l'inverse les patients plus stables (Zurich) peuvent être des facteurs protecteurs. C'est</p>
--	--	--	--

			<p>pourquoi il est important de bien prendre en charge ces patients (abstinence, thérapies, réadaptation, règles, institution, ...) afin qu'ils soient plus stables et motivés, ce qui améliore aussi la motivation des soignants.</p> <p>La dépersonnalisation/l'acte de se distancer du patient peut être une attitude d'adaptation passive, mais associée à un épuisement. Il a été montré dans la littérature que des tendances similaires d'adaptation sont retrouvées dans d'autres spécialités médicales.</p> <p>Comme attendu, la satisfaction au travail est étroitement liée à l'épuisement professionnel.</p> <p>Limites de l'étude : faible taux de retour des questionnaires/ épuisement professionnel (refus de participation du personnel atteint) / applicabilité transculturelle des</p>
--	--	--	---

			<p>questionnaires (langues).</p> <p>En vue des résultats de cette étude, il est important d'améliorer l'adaptation des compétences en lien avec l'épuisement, de donner des conseils pour obtenir une stabilité travail-vie personnelle, de mettre en place des mesures de gestion la qualité de vie au travail pour réduire l'épuisement.</p>
<p>GENERALITES (présentation / évaluation globale)</p>	<p>Article récent (2009) / bonne présentation générale et bonne structure (titres et tableaux)</p>	<p>J'ai trouvé que cet article était très bien construit. Le fait qu'il compare plusieurs pays est très intéressant. Cet article peut m'apporter que de petites réponses pour ma question de recherche mais il y a des choses très intéressantes à ressortir et à inclure dans mon travail.</p>	

Références de l'article analysé : Totman J., Hundt G.L., Wearn E., Paul M. & Johnson S. (2011) **Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England : a qualitative investigation.** *BioMed Central Psychiatry*, 11 : 68

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Dans le titre, la population, le contexte, le devis de recherche ainsi que le lieu de l'étude sont mentionnés.	Je trouve que le titre permet de tout de suite comprendre le thème de la recherche. On sait aussi tout de suite qu'il s'agit d'une enquête qualitative qui se passe en Angleterre et qu'elle concerne le moral des personnes travaillant en santé mentale. Pour ma part, c'est un très bon titre.	Facteurs influençant le moral du personnel des services hospitaliers de santé mentale en Angleterre : une enquête qualitative.
AUTEURS	Ils sont au nombre de cinq. Ils viennent soit du département de recherches des sciences en santé mentale, soit d'écoles de santé et sciences sociales ou d'écoles de médecine dans diverses universités de l'Angleterre.	Ces auteurs me paraissent être de bons auteurs.	
RESUME	On retrouve dans le résumé le fond (background) de l'étude, la méthode, les résultats et la	Je trouve que c'est un très bon résumé. Il n'est pas trop long et le fait qu'il soit séparé en parties (fond, méthode,	Fond : le bon moral du personnel en psychiatrie est important pour le maintien d'une alliance thérapeutique

	conclusion.	<p>résultats, conclusion) permet de bien saisir ce qui sera exposé dans chaque partie. De plus, je trouve que les auteurs ont très bien su résumer l'essentiel de l'étude.</p>	<p>solide et les expériences positives avec les patients.</p> <p>Méthode : Entrevues individuelles et de groupes</p> <p>Résultats : personnel se sent soutenu dans son rôle par la confiance et la loyauté au sein des équipes / niveau de dotation et la violence sont perçus comme une menace au bon moral</p> <p>Conclusion : conception des emplois, bonnes structures des protocoles organisationnels, amélioration des réponses de violence permettent de maintenir un meilleur moral que les mécanismes de soutien formel.</p>
<p>INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)</p>	<p>L'énoncé et l'importance du problème est bien décrit. La recension des écrits est clairement présente. Il n'y a pas vraiment de concepts ou cadres théoriques approfondis. L'objectif est cité et expliqué à</p>	<p>Pour ma part, l'introduction est bien. On saisit tout de suite l'importance du problème et on comprend l'objectif et l'intérêt de cette étude.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les services de psychiatrie sont des endroits où il est parfois stressant de travailler. • Plus de patients / diminution du temps de

	la fin.		<p>séjour / augmentation du taux de violence / augmentation du taux de maladies du personnel / manque de leadership / limite des disponibilités de ttt psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le moral du personnel est important : paramètres entre bien-être du personnel et résultats chez les patients / les relations thérapeutiques sont déterminantes avec les expériences du patient / attitudes négatives du personnel diminuent les innovations pour améliorer les résultats et les expériences des patients • Peu de recherches / cette étude est la 2^{ème} / discussion sur la première étude faite et principaux résultats / comparaisons et limites
--	---------	--	---

			<p>des études déjà réalisées</p> <p>Objectif : Etendre la compréhension des mécanismes sous-jacents pour un bon ou pauvre moral du personnel travaillant avec des patients hospitalisés en psychiatrie et faire ressortir des stratégies potentielles pour l'amélioration du moral. Cette étude qualitative fait partie des multiples méthodes d'études nationales sur les patients hospitalisés en psychiatrie, commandée par le <i>National Institute of Health Research Service Delivery and Organisation</i> programme.</p>
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>La méthode est tout à fait décrite. Au début, l'objectif et le cadre dans lequel s'inscrit l'étude sont à nouveau précisés. Par la suite, le setting, l'échantillon, la procédure de collectes des données et l'analyse des données sont décrits. Les auteurs parlent aussi</p>	<p>Selon moi, les auteurs ont très bien su expliquer la démarche entreprise pour réaliser la récolte de données ainsi que l'analyse des données. L'échantillon est aussi très bien décrit, cependant il manque peut-être quelques informations plus précises sur les caractéristiques des</p>	<p>Setting : 7 quartiers (services) dans Londres et le Midlands (= sous-échantillon à partir de 100 quartiers) / 3 quartiers de psychiatrie aigue adulte (crise), un quartier de réhabilitation, un quartier de médico-légale réhabilitation, une unité pour enfants et adolescents et une unité de</p>

	<p>succinctement de la rigueur et de l'éthique de l'étude.</p>	<p>participants (ex : hommes-femmes / moyenne d'âge,...). Le choix du setting est aussi très bien argumenté mais j'avoue que par moments il m'a été difficile de toujours très bien suivre tout le processus utilisé dans le choix de ce setting (mais cela est peut-être dû à la langue).</p>	<p>soins psychiatriques intensifs.</p> <p>Echantillon : pour 6 des 7 quartiers → division en 2 groupes : « junior staff » (4 infirmières, médecins assistants, personnel sans qualification, ergothérapeute) et « senior staff » (responsables de gestion, directeurs, psychiatres, chefs d'équipe,...) → entrevues semi-structurées / dans le 7^{ème} quartier pas possible de diviser en 2 groupes → entretiens individuels / il y a aussi eu des entretiens individuels en lien avec l'ancienneté et les milieux professionnels / au total : 12 groupes et 24 entretiens avec le personnel et 7 entretiens avec des cadres supérieurs</p> <p>Procédure : interviews semi-structurées : aspects positifs et négatifs du travail, perceptions du moral du personnel, facteurs influençant le moral, idées pour améliorer le moral / questions très larges et non limitées / consentement des</p>
--	--	--	---

			<p>participants avant le début de l'étude</p> <p>Analyse : enregistrement et transcription mot par mot / logiciel : NVivo7 / exploration de l'émergence des thèmes / consultation des résultats en équipe et validation</p>
<p>RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)</p>	<p>Toutes les données ont été traitées. Les auteurs ont présenté les résultats à l'aide de différents chapitres et sous chapitres (en lien avec les thèmes émergeant de la collecte des données). Il y a deux tableaux récapitulatifs des caractéristiques des résultats. Des citations de participants sont aussi présentes afin d'argumenter et illustrer les résultats.</p>	<p>Je trouve que les résultats sont très bien présentés. On y retrouve les caractéristiques des participants qu'il n'y avait pas dans la méthode. De plus, le fait que ce soit bien structuré permet une meilleure compréhension des résultats. Ils sont intéressants et vont m'être utiles pour répondre à ma question de recherche.</p>	<p>Les caractéristiques des participants sont recensées dans deux tableaux récapitulatifs : un pour les focus groupes et l'autre pour les entretiens individuels.</p> <p>Les thèmes et résultats pertinents pour le bon moral et le bien-être du personnel ont été répertoriés en 5 catégories.</p> <p>1) Personnel de l'équipe</p> <p>La composition de l'équipe et les relations au sein de cette dernière sont cruciales pour un bon moral.</p> <p>Niveau de recrutement : niveau de dotation est central</p>

			<p>pour le moral / dotation est souvent problématique / besoin de plus de personnel pour diminuer la pression, avoir ses congés et un meilleur moral / personnel est souvent débordé et souffre d'un fardeau physique et émotionnel dû au manque de personnel / s'il y avait plus de dotation cela permettrait de plus se former / les problèmes de recrutement et les arrêts maladies forcent à engager du personnel « de réserve, de pool » et il est moins qualifié et on lui accorde moins de confiance</p> <p>Relations avec les paires et travail d'équipe : travail d'équipe et bonnes relations dans l'équipe = positif pour le moral / responsabilités et soutien des paires = bon moral / ouverture d'esprit et acceptation de tous les points de vue (considération) = bon moral / les tensions entre les membres de l'équipe peuvent être un facteur de moins bon</p>
--	--	--	---

			<p>moral</p> <p>2) Contexte de gestion et de leadership</p> <p>Leadership dans le service : solide et efficace leadership est une aide / cohérence dans la direction aide à la communication dans les équipes et rassure (faiblesse = incertitude et ambiguïté) / une équipe de direction fiable permet la stabilité (surtout concernant le leadership d'une équipe)</p> <p>Soutien et surveillance : soutien formel et supervision = vital pour le succès d'une équipe et un bon moral (solidifie les rôles, les responsabilités et la confiance) / se sentir valoriser / soutien à la suite d'un incident violent est primordiale (personnel est pris en charge)</p> <p>Organisation plus large des services : les grands supérieurs ne se rendent pas</p>
--	--	--	---

			<p>compte du travail dans les services = manque de compréhension / les gestionnaires (« au milieu ») sont tenus à des budgets et politiques qui ne conviennent pas forcément au personnel</p> <p>Avoir une voix : bon moral = participation à la prise de décisions et de propositions / le personnel a besoin que « sa voix » soit entendue / moyen : système de boîte où l'on peut déposer des plaintes ou propositions à la direction / pour être entendu, il faut que l'accès à la haute direction soit facile</p> <p>3) Structures organisationnelles</p> <p>Clarté des rôles et confiance : en majorité bien défini / importance de déléguer le travail et les responsabilités / certains souhaiteraient plus de responsabilités</p> <p>Cohérence des structures :</p>
--	--	--	---

			<p>protocoles uniformes et lignes directrices pour l'organisation du travail = bien pour la clarté et la confiance mais peu parfois amener de l'anxiété / le fait d'avoir un cadre formel est vital pour les supervisions et réunions d'équipe, qui sont très importantes / le manque de flexibilité a quand même été relevé comme gênant ; système plus souple = meilleur moral / les fréquents changements structurels et organisationnels ont un impact considérable sur le personnel</p> <p>Formation : formation est positive pour le bon moral, la confiance et le maintien de la clarté des rôles / bonnes prestations des cours obligatoires / difficultés d'accès à d'autres cours et ils doivent être faits sur le temps libre</p> <p>4) Etre avec le patient</p> <p>Groupes de clients : sévérité des perturbations du patient ont un impact sur le personnel</p>
--	--	--	---

			<p>(surtout dans les soins aigus) / les soins aigus = plus stressants / certains aiment l'aigu car « défi, intensité du travail, grand éventail de personnes »</p> <p>Agressions et violences : la violence est fréquente (surtout dans les services aigus) et c'est un risque pour le personnel / lors d'agression il n'y a pas de réparations vraiment possible / les stratégies pour réduire les risques sont insuffisantes : il n'y a pas assez de dotation et il faut améliorer l'environnement physique (alarme, serrure) = un problème / le soutien émotionnel est crucial dans ces moments / la gestion efficace d'un incident agressif permet un travail d'équipe et un meilleur moral</p> <p>Traitement avec les problèmes sociaux : considérer comme gratifiant / dans les services aigus : les clients profitent</p>
--	--	--	--

			<p>parfois du système</p> <p>Conversation et activités : passer du temps avec les patients = la base de la source de satisfaction / mais le manque de dotation est un obstacle à cela / le manque de temps diminue la qualité des soins / le personnel ayant plus de temps se sent plus valorisé dans leur rôle</p> <p>Aider les patients à récupérer : de voir les patients plus stables et mieux est un impact positif sur le moral du personnel / les rechutes-réadmissions = désabusement et frustration</p> <p>5) Environnement physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un environnement confortable et attrayant n'est pas considéré comme propice à une bonne ambiance • Problèmes : qualité de
--	--	--	---

			<p>l'air / éclairage / manque d'espace pour activités de groupe et séances individuelles → si les problèmes durent, le personnel se sent négligé</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration de l'environnement physique augmente fortement le moral
<p>DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)</p>	<p>Les principaux résultats de l'étude sont discutés et parfois comparés avec des études précédentes. Les limites et les forces de l'étude sont identifiées. Les implications pour les services ainsi qu'une conclusion amenant des perceptives sont décrites.</p>	<p>Selon moi, c'est une très bonne discussion car tous les principaux résultats sont rediscutés et mis en lumière à l'aide d'autres apports théoriques. Dans la conclusion, les perspectives sont aussi très clairement identifiées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes identifiés concernant le moral du personnel confirment et permettent de développer les conclusions déjà faites précédemment et rassurent sur le fait qu'il y a effectivement des facteurs influençant le moral • Pour le personnel de première ligne, le soutien des paires dans une équipe soudée est ressorti comme étant l'influence la plus

			<p>grande pour un bon moral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le maintien du bon moral grâce à : camaraderie, loyauté mutuelle et collaboration (ceci malgré la négligence des supérieurs par moments) • Importance de la clarté des rôles et des facteurs structurels et organisationnels • Responsabilisation du personnel et autonomie = renforcent le moral (confirme les résultats de précédentes études) • Supervisions et formations sont favorables • En comparaison avec d'autres études, le moral est influencé par des caractéristiques
--	--	--	---

			<p>individuelles au travail et des facteurs organisationnels et structurels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expériences avec les patients étaient pour certains très positives et pour d'autre un peu moins • Le manque de temps pour être auprès des patients est ressorti comme très négatif (contact avec le patient = enrichissant et motivant) <p>Limites et forces : +→ ampleur de l'échantillon, différents niveau d'ancienneté, professions différentes et divers services / - → contrainte de l'espace et de la nature simple de la thématique de l'analyse</p> <p>Implications : soutien et la confiance sont crucials / leadership sympathique et</p>
--	--	--	--

			<p>flexible / le personnel doit prendre possession de son rôle pour ne pas se sentir démoralisé / pour se faire entendre, le personnel à la possibilité de faire des syndicats / des programmes pour améliorer le temps avec les patients et la violence doivent être mis en place (cf programmes déjà mis en place + article)</p> <p>Stratégies pour améliorer le moral : augmentation de la dotation / maximiser l'autonomie / protocoles clairs et bien structurés / promotion de la relation patient-professionnel / amélioration des réponses à la violence / soutien moral</p>
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	L'étude est présentée à l'aide de divers titres, sous-titres et paragraphes. L'étude est récente (2011).	J'ai trouvé cette étude très bien et elle me sera très utile pour répondre à ma question de recherche. La structure est simple, claire et précise ; cela permet une bonne compréhension. Elle apporte de nombreux résultats	

		intéressants et pertinents en raison de la taille de l'échantillon et de la mixité des régions, professions et années d'expérience. Très bonne étude cependant j'ai trouvé que les auteurs se répétaient beaucoup par moments.	
--	--	--	--

Références de l'article analysé : McLaughlin D., McKenna H., Leslie J., Robinson J. & Moore K., (2006) **Illicit drug users in Northern Ireland : perceptions and expériences of health and social care professionals.** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 : 682-686

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	On y retrouve la population, l'endroit où se déroule l'étude et ce que cherchent à savoir les auteurs.	Pour ma part c'est un bon titre. Il est clair et précis. On y retrouve tous les éléments nécessaires à un titre afin d'avoir une idée du thème traité dans la recherche, sans qu'il ne soit trop long.	Consommateurs de drogues illicites en Irlande du Nord : les perceptions et les expériences des professionnels de la santé et du social.
AUTEURS	Ils sont au nombre de 5. Il y a trois conférenciers, un professeur et un doyen. Ils proviennent tous d'universités ou de facultés. Les domaines de compétences des auteurs sont les soins, la psychologie et les sciences de la santé.	En me basant sur le domaine de compétences, la profession et le lieu de travail, ces auteurs me paraissent être « bons ».	
RESUME	Le résumé se présente en un seul paragraphe mais en le lisant on distingue facilement les parties nécessaires à un bon résumé : contexte, but, résultats et discussion.	Selon moi, le résumé est bien car il contient l'essentiel des informations pour avoir une idée de ce que l'article va traiter. On comprend bien le but ainsi que la méthode. Les principaux résultats sont aussi	Contexte : Irlande du Nord / hausse spectaculaire dans la disponibilité des drogues illicites et hausse de la consommation dans la province But : Explorer les perceptions

		présentés de manière succincte.	des professionnels de la santé et du social par rapport aux utilisateurs de drogue. Méthode : méthodologie de l'enquête / groupes de discussion Résultats : peu ou pas de formations particulières en addiction / rejet de l'offre de se former dans ce domaine pour éviter tout contact avec les toxicomanes / opinions négatives / préférence de ne pas traiter les toxicomanes Discussion : les professionnels semblent mal préparés et peu disposés à relever le défi de prendre en soins les toxicomanes / résultats intéressants pour les professionnels d'autres régions
INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)	L'importance et l'énoncé du problème sont clairement abordés dans cette introduction. Il n'y a pas vraiment de cadres théoriques	Je trouve que c'est une bonne introduction. Elle n'est pas très longue mais permet de très bien se rendre compte de l'importance du problème.	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse importante de la disponibilité et donc consommation de drogue (McLaughlin et al., 2000, McElrath,

	<p>ou de concepts, cependant la recension des écrits est présente car les auteurs comparent et citent à plusieurs reprises des exemples de la littérature. L'objectif est posé à la fin de l'introduction.</p>	<p>J'apprécie le fait que les auteurs s'appuient et comparent des éléments avec la littérature et les études déjà réalisées.</p>	<p>2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup plus de consommateurs mais ils n'utilisent pas forcément les services de soins (McEvoy et al., 1998) • La « culture de la drogue » est récente en Irlande du Nord d'où le peu de connaissances et de compétences des professionnels pour les soins aux toxicomanes / peu de professionnels qualifiés et compétents ce qui a des implications désastreuses (McLaughlin et al., 2000) • McLaughlin & Long (1996) : nombreux professionnels ont des points de vue négatifs envers les toxicomanes <p>Objectif : Examiner les points de vue et les expériences des</p>
--	--	--	--

			Irlandais du Nord travaillant comme professionnels de la santé ou du social envers les usagers de drogues.
METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)	La méthode utilisée est très bien décrite et les chercheurs ont aussi argumenté le choix de cette méthode. Les auteurs se sont à chaque fois appuyés sur des cadres théoriques pour « construire et argumenter » leur méthode. On y retrouve le but, les moyens utilisés pour récolter les données, les participants, les instruments de recherche, le processus de collecte de données, l'analyse des données et toutes les questions éthiques concernant l'étude et les participants.	Pour moi la méthode est vraiment bien décrite. Le fait que les auteurs s'appuient sur des cadres théoriques et la littérature pour construire et argumenter leur travail montre une grande rigueur dans leur méthode. De plus, elle est décrite de manière simple et claire, ce qui permet une bonne compréhension.	<p>En raison du caractère exploratoire et sensible de cette étude, les données ont été recueillies à l'aide de groupes de discussion et d'entrevues individuelles (Lee, 1993).</p> <p>L'interview et les groupes de discussion sont de bonnes méthodes pour avoir des données riches et approfondies en lien avec la question de l'étude (Polit & Beck, 2004)</p> <p>Participants : professionnels de la santé ou social avec une expérience clinique / 35 professionnels : 32 aux groupes de discussion et 3 aux entrevues individuelles (car ne pouvaient pas participer aux groupes) (9 infirmières, 16 médecins généralistes, 4 visiteurs de santé, 3</p>

		<p>pharmaciens, un travailleur social, un promoteur de la santé et un gestionnaire de centre de santé)</p> <p>Instrument de recherche : après examen de la littérature et une étude pilote, 9 questions ont été élaborées / elles constituent un guide de discussion</p> <p>Questions éthiques : défis éthiques propres aux groupes de paroles (Polit & Beck, 2004) / assurance du consentement éclairé et de la confidentialité au sein de l'étude / retrait du l'étude possible à tout moment</p> <p>Processus de collecte de données : préparation minutieuse au groupe de discussion (Morgan, 1998, Polit & Beck, 2004) / enregistrement sur cassette audio</p> <p>Analyse des données : transcription des données qui ont été soumises à l'analyse</p>
--	--	---

			de contenu thématique (Burnard, 1991) / lecture du contenu un certain nombre de fois / organisées en thème généraux avec comme structure thématique les questions posés aux participants (bonne méthode selon Krueger, 1998)
RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)	Les résultats traitent de la plupart des questions qui ont été posées aux participants. Ils se présentent ainsi : phrases/paragraphes citant un résultat/thème important discuté lors des groupes, suivi d'une citation de l'un des participants argumentant sur le thème/la question.	Je trouve intéressant la manière de présenter les résultats. Cependant, j'émet l'hypothèse que les résultats n'ont pas été présentés de manière exhaustive et que l'on retrouve qu'une petite partie des dires des participants ou que cela a été présenté de façon trop succincte. Ce n'est qu'une hypothèse et je trouve tout de même ces résultats très intéressants et même parfois surprenants ; je pense qu'ils vont pouvoir m'aider à répondre à ma question de recherche.	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels ne veulent pas être impliqués dans le ttt et soins à ces clients (profil du patient, travail avec eux est dur) • Opinions négatives (très sournois, très intelligents et manipulateurs) • Certaine compassion et empathie pour eux (en lien avec parcours et histoire de vie : abus, milieux de vie horrible,... / sentiment d'être désolé pour eux et compréhension)

			<ul style="list-style-type: none"> • Il y a un manque d'éducation sur les problèmes de drogue • Il y a un manque de possibilité de formation et d'éducation pour les professionnels sur le thème des problèmes de drogue et des prises en charge des utilisateurs • Certains professionnels pensent que ce serait dangereux d'être plus formé dans le domaine de la drogue (crainte d'être perçu comme expert et d'attirer les utilisateurs de drogue) • Regard pessimiste sur les soins aux toxicomanes (beaucoup d'efforts pas vraiment récompensés → sentiment d'être déprimé) • Pas que des attentes
--	--	--	---

			<p>négatives et aussi des résultats positifs de ttt (succès du ttt et pas de rechute)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les meilleurs endroits de soins pour les toxicomanes sont les services spécialisés (plus de temps et d'expériences) et non le secteur des soins primaires • Il faut faire des soins partagés : soins primaires et services spécialisés • Difficultés à avoir de l'empathie pour les toxicomanes • Un avertissement est aussi ressorti dans les discussions : refuser de s'occuper d'un patient en raison de son mode de vie, peut être jugé comme faute
--	--	--	--

			professionnelle grave
DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)	La discussion reprend de manière succincte les principaux résultats et les compare à la littérature. On y retrouve aussi les limites de l'étude. Les perspectives ne se trouvent pas dans la discussion mais elles apparaissent plus loin dans le chapitre nommé « Recommandations ».	Pour ma part, la discussion et les recommandations sont vraiment des rappels de ce qu'on trouve dans les résultats. Les auteurs ont « validé » ces résultats avec la littérature et d'autres études mais cette discussion ne nous apporte pas vraiment d'informations supplémentaires. Concernant les perspectives, ce sont plutôt des « déductions » d'actions et des « encouragements » en lien avec les résultats.	<ul style="list-style-type: none"> • Opinions négatives / admettent avoir peu de connaissances ou de compétences à soigner les toxicomanes → appuyé par les études de McLaughlin et al. (2000) et de Mistral & Velleman (2001) • Pas beaucoup de professionnels expriment des opinions positives → appuyé par Ford & Ryrie (2000) et Mistral & Velleman (2001) • Toxicomanes doivent être pris en charge par des spécialistes (Mistral & Velleman, 2001) • La plupart des participants incapables ou pas disposés à avoir de l'empathie pour cette population (McLaughlin

			<p>et al., 2000)</p> <p>Limites/biais : potentiel de domination de l'un des participants dans les groupes de parole / on ne peut pas généraliser les résultats en lien avec la méthodologie utilisée / le fait d'avoir 3 participants en individuel / présence de différents professionnels la santé aux groupes de discussion</p> <p>Recommandations : devoir de donner des soins, aider et guider les patients à l'aide de spécialistes / plus de formation et d'éducation doivent être fournies / besoin d'incitations et encouragements à donner des soins aux personnes dépendantes</p>
<p>GENERALITES (présentation / évaluation globale)</p>	<p>La présentation générale de cette recherche est bonne ; il y a la structure nécessaire à un bon article scientifique. L'étude est de 2006 par conséquent plus ou moins récente.</p>	<p>Pour ma part, je trouve que c'est une bonne étude. Les auteurs se sont beaucoup basés sur la littérature déjà présente pour appuyer leur méthode et les résultats. Je trouve que les résultats ne</p>	

		<p>sont pas très exhaustifs mais reflètent tout à fait le regard que les gens ont des personnes toxicomanes ; je pense qu'ils vont m'être utiles pour ma question de recherche. Le fait que les participants ne sont pas que des infirmiers me dérange un peu mais la profession était tout de même bien représentée (9). Pour terminer, cette étude prend en compte que les perceptions et expériences que les professionnels de l'Irlande du Nord ont de cette population. Cependant les auteurs ont réussi à appuyer les résultats avec d'autres études menées ailleurs donc à mon avis je peux prendre en considération ces résultats et les « généraliser » un peu.</p>	
--	--	--	--

Références de l'article analysé : Peckover S. & Chidlaw R.G. (2007) **Too frightened to care ? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances.** *Health and Social Care in the Community* 15(3) : 238-245

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Le titre est formulé en « 2 parties ». Il y a d'abord une « affirmation » sous forme de question qui est posée. Puis, la population et le contexte sont cités.	En lisant le titre, on comprend de quoi va parler l'article. De plus, je trouve que le fait de formuler le début sous forme de question attire notre attention et nous incite à lire pour connaître la réponse (oui ou non).	Trop peur de prendre soin ? Comptes par les infirmières de district travaillant avec les clients qui abusent de substances.
AUTEURS	Ils sont au nombre de deux. L'un vient d'une école de santé et sciences humaines, l'autre d'une école de soins et obstétrique. Ils sont les deux rattachés à des Université du Royaume-Unis.	Cela me paraît être de bons auteurs. De plus, le fait qu'ils soient dans les soins, la santé et les sciences humaines est tout à fait approprié pour le sujet de l'article.	
RESUME	Le résumé est présenté en un seul paragraphe mais on y est retrouve une introduction (contexte), l'objectif, la méthode, les résultats et la discussion/ perspectives.	Je trouve que le résumé est bien construit. A mon avis, les auteurs ont su cibler l'essentiel afin que le résumé permette au lecteur de se faire une bonne idée des données traitées dans l'article et l'incite	Introduction : toxicomane = complexité, besoins sociaux, difficultés / les praticiens pas préparés à relever le défi de travailler avec cette population Objectif : Explorer la

		à le lire.	<p>compréhension des infirmières et les pratiques en matière de discriminations et d'inégalités</p> <p>Méthode : étude qualitative / entrevues semi-structurées avec personnel infirmier</p> <p>Résultats : défis et tensions lors des prestations de soins / soins sous-optimaux / risques / vulnérabilité /manque de connaissances et expériences</p> <p>Discussion : besoin urgent de développer les pratiques avec les toxicomanes / assurer des soins équitables et sécuritaires</p>
<p>INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)</p>	<p>L'introduction annonce clairement le problème et son importance. La recension des écrits est largement présente mais il n'y a pas vraiment de cadres théoriques ou conceptuels inclus dans l'introduction. L'objectif de la présente étude est posé à la fin de l'introduction.</p>	<p>Je trouve cette introduction très pertinente car les auteurs amènent le problème « du plus large au plus précis » (en lien avec l'objectif de recherche). De plus, ils citent de nombreux auteurs et références bibliographiques. Des aspects politiques sont aussi présents et je trouve cela très intéressant car quand on parle de santé et/ou de drogues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problème de santé publique important • Préjugés et discrimination de la part des professionnels (Newcombe, 1993, Rassol, 1998,...) • Toxicomanes = stéréotypés, éléments perturbateurs et

		illicites la politique y joue un rôle.	<p>dangereux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a des lacunes dans les soins non spécialisés (Ministère de la Santé, 1999) • « junkies », « smackhead » / attitudes négatives envers les toxicomanes (Hunt & Derricott, 2001) • L'évolution des politiques en Angleterre a permis une plus grande intégration de la santé et des services de justice pénale pour les usagers, mais il reste encore des tensions dans la façon de gérer les clients • Défis pour les professionnels de soigner cette population / Rassol (1993, 1998) : en plus de fournir les soins, les infirmières doivent développer des
--	--	--	--

			<p>compétences de plaidoyer, promoteur de la santé, de conseils et des rôles de leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'abus de substance est marginalisé au sein des programmes de soins en santé et des bases de connaissances (Rassool, 1993, 1998,..., Peterson, 2002). Ceci « freine » l'évolution des formations du personnel infirmier dans ce domaine • Infirmières de district : fournir une gamme de soins infirmiers généraux en principe dans les maisons des clients / gestion de petites équipes infirmières / évaluation des soins et des prestations pour leur client (Goodmann et al., 1998, 2003,..., Vitesse
--	--	--	---

			<p>& Luker, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmières ont augmenté leur responsabilité car elles offrent maintenant des soins à un plus large éventail de clients / des recherches ont montré des inégalités dans les prestations de soins (Gerrish, 1999, 2000) • Impacts des préjugés personnels peuvent façonner la pratique professionnelle et les difficultés des praticiens • Aucune étude n'a encore examiné le travail du personnel infirmier de district dans le cadre de prestation de soins aux toxicomanes.
METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)	Le devis de recherche est cité. La population et le contexte sont donnés. La collecte et l'analyse des données sont	Il n'y a pas de sous-titres (ex : participants, instruments,...) dans cette méthodologie et je ne trouve pas cela très bien.	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative • Entreprise en 2003 dans deux villes de

	expliquées par les auteurs. Le déroulement ainsi que la rigueur et normes éthiques se retrouvent aussi dans la méthodologie.	En effet, il me semble que les informations/ données sont plus claires lorsqu'elles sont bien structurées. De plus, je trouve que les caractéristiques des participants ne sont pas assez décrites. Pour ma part, l'analyse des données n'étaient pas très claires (je ne l'ai en tout les cas pas très bien comprise).	soins primaires du nord de l'Angleterre <ul style="list-style-type: none"> • 18 infirmières qualifiées ont participé • Entrevues semi-structurées basées sur : compréhension et expérience de la discrimination et de l'inégalité des prestations aux toxicomanes /rôle infirmier / ressources / point de vue • Enregistrement sur cassette et retranscription • Signature de formulaire de consentement • Analyse des données : plusieurs chercheurs impliqués et un certain nombre d'approches
RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)	La majorité des données que les auteurs cherchaient à connaître sont traitées. Les	Personnellement je n'ai pas aimé la façon dont les auteurs ont amenés les résultats. En	<ul style="list-style-type: none"> • Soins fournis par les infirmières de district : ulcères de jambe ou

	<p>résultats se présentent sous forme de nombreux paragraphes. Certains de ces paragraphes nous donnent à nouveau des apports théoriques ou de la littérature, d'autres reflètent les résultats ressortis lors des entrevues et d'autres sont des citations de participants, qui servent à illustrer les résultats identifiés par les auteurs. Aucun tableau ne récapitule les résultats. Les limites de l'étude sont indiquées à la fin.</p>	<p>lisant, j'avais l'impression que ce n'était pas très bien structuré et que certains paragraphes ne devaient pas ce chapitre (mais c'est mon avis personnel). Par contre, j'ai bien apprécié le fait qu'on retrouve des citations de certains participants ; cela m'a permis parfois de mieux comprendre le résultat (avoir une vision plus claire grâce à l'exemple). Pour terminer, je n'ai pas trouvé ces résultats très exhaustifs et ils ne me seront que d'une petite aide pour répondre à ma question de recherche. Cependant ces résultats montrent bien le degré de discrimination et de stigmatisation dont souffrent les toxicomanes.</p>	<p>plaies qui tardent à guérir (associés aux injections)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notion de préjudices et stigmatisation • Les généralistes peuvent fournir des soins primaires mais ne peuvent pas prescrire = peut-être des soins sous-optimaux (défavorisations) • Toxicomanes = victimes de discrimination quand hospitalisation en somatique • Le travail avec les toxicomanes est décrit plutôt comme un « risque » qu'un « besoin » en lien avec l'agressivité des clients et leurs comportements → on en arrive à considérer la dépendance aux
--	---	--	--

			<p>drogues comme un risque pour le fournisseur de soins plutôt que comme une problématique nuisible au client</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalement c'est le patient qui est vulnérable, mais en raison du « risque » de la prise en charge, on en vient à penser que ce sont les fournisseurs de soins qui deviennent « vulnérables » • Pour des raisons de sécurité personnelle et non pour des raisons cliniques ou de soins, les infirmières vont à deux chez les patients toxicomanes • Les visites chez ces patients sont plus brèves et plus axées que chez les autres patients (toujours en
--	--	--	---

			<p>raison de sécurité)</p> <ul style="list-style-type: none"> • « le service minimal leurs est offert » / l'accent est mis sur le travail à faire et cela s'arrête là → cela contraste à nouveau avec les autres patients pour lesquels les infirmières mettent d'abord l'accent sur la communication bienveillante et bonne que sur la clinique • Par conséquent : un contact bref et un service de moins bonne qualité • Absence de toute discussion avec les patients toxicomanes / manque d'engagement personnel / la stigmatisation de la toxicomanie obscurcit la personnalité du client / déshumanisation
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Plus de prestations de soins en clinique et hôpitaux qu'à la maison du client (lié au risque) / c'est le risque qui détermine l'emplacement du soin plutôt que la clinique • Ce n'est pas le rôle central des infirmières de district de s'occuper des toxicomanes → manque de compétences et connaissances (raisons d'être discriminatoire) / pas de compétences spécialisées et limites de leurs prestations à ce type de clients, manque d'empathie / connaissances limitées en santé mentale • En raison de ce manque connaissances spécialisées, les besoins en soins ne sont pas satisfaits
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Le fait de bénéficier d'une formation dans le domaine permettrait d'améliorer la pratique des infirmières avec ce type de patients • Il y a un manque de connaissances et d'expérience en toxicomanie et le fait d'y remédier offrirait des soins plus équitables à ces clients mais aussi que les infirmières se sentent plus sûres et plus confiantes dans leur pratique <p>Limites : les données manquent de détails / petit échantillon / limite de taille et de diversité</p>
DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)	Dans la discussion, les résultats sont très bien repris et discutés à l'aide d'autres études ou données de la littérature (beaucoup de références bibliographiques). Il y a de nombreuses perspectives	J'ai trouvé la discussion très bien construite et surtout très intéressante. J'ai l'impression que les résultats sont plus représentatifs et exhaustifs lorsqu'ils sont discutés et mis en lien avec la littérature et	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut être adéquatement préparé pour s'assurer de fournir des services équitables et appropriés à ce groupe de client.

	<p>et conseils pour le futur. Après la discussion, il y a une petite conclusion qui offre elle aussi des perspectives.</p>	<p>des études antérieures. Dans la discussion, je trouve que les auteurs ont à nouveau très bien mis l'importance du problème en avant et que les actions à entreprendre pour l'amélioration du problème sont présentes et pertinentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opinions préconçues et stéréotypes influencent la vision « risquée » que l'on a du client • Approche réductionniste par manque de spécialisation • Absence de discours professionnel / discrimination → Aranda (2005) • La lutte contre les questions d'égalité est un défi pour de nombreux praticiens (Hart & Freemann, 2005) • Dans les situations difficiles, les professionnels essaient de maintenir leur propre santé émotionnelle / frontière client-professionnel / dispersion des responsabilités professionnelles (Hart &
--	--	---	--

			<p>Freemann, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Green & Platt (1997) : le contact plus étroit avec le client permet de réduire la stigmatisation et le client est finalement accepté comme « normal » ou du moins considéré comme une personne avec une identité et non caractérisée par la stigmatisation • Nécessité d'améliorer l'éducation et la formation (Rassool, 1993,..., Peterson, 2002) • Réflexion critique sur la pratique des soins / engagement réflexive et critique sur les complexités de travailler avec cette population • Assurer une promotion de l'équité
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Besoin urgent d'amélioration nécessitant des développements éducatifs, politiques et pratiques afin d'offrir des prestations appropriées et équitables ainsi que la gestion des risques
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	Concernant la présentation de l'article, on ne retrouve pas beaucoup de sous-titres et le texte est passablement « compact ». Il n'y a aucun tableau qui reflète les résultats.	Je trouve que dans l'ensemble c'est un bon article (des parties étaient à mon avis moins bien que d'autres). A mon avis, les auteurs auraient dû faire plus de « chapitres/sous-titres » ; le texte aurait été plus aéré, structuré et plus clair par moments. Concernant le contenu, j'avoue avoir été choquée parfois de la grande stigmatisation, discrimination des toxicomanes et surtout du manque d'équité qu'il y a envers ces patients. Je trouve bien d'aborder ce genre de thème car cela nous permet de voir que dans certains	

		domaines nous avons encore beaucoup de progrès à faire.	
--	--	---	--

Références de l'article analysé : Happell B., Carta B. & Pinikahana J. (2002) **Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use : A questionnaire survey.** *Nursing and Health Sciences*, 4, 193-200

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Dans le titre, on trouve le devis de recherche, la population concernée et le contexte/setting (le thème auquel s'intéressent les chercheurs).	Pour ma part, le titre est bien. En le lisant, on peut déjà se faire une idée de ce qui va être traité dans cette étude. On connaît même une partie de la méthode utilisée (questionnaire).	Les connaissances, les attitudes et les croyances des infirmières concernant l'usage de substances : une enquête par questionnaire
AUTEURS	Ils sont au nombre de trois. Deux d'entre eux proviennent d'un centre de recherche et de pratique infirmière en psychiatrie (<i>School of Postgraduate Nursing</i>) à l'université de Melbourne. Le troisième vient de <i>Substance use and Mental Illness Treatment Team Western Drug and Alcohol Service</i> en Australie.	En lien avec les références des auteurs, je pense qu'ils sont « bons » et qu'ils ont de bonnes connaissances sur le thème de l'addiction et des drogues.	
RESUME	Le résumé se présente en un seul paragraphe. Il ne contient pas d'introduction et ne donne	Selon moi, le résumé est beaucoup trop court. Il n'y a pas d'introduction qui nous	Méthode : distribution d'un questionnaire à 302 infirmières

	<p>aucune information sur l'importance/énoncé du problème. Il commence par la méthode, puis le résultat principal est cité. Pour terminer, une conclusion en lien avec les actions à entreprendre est posée.</p>	<p>permet de voir qu'il y a un problème et qu'il serait intéressant de le traiter. Concernant les résultats et la conclusion, les données mentionnées par les auteurs sont trop succinctes (à mon avis). Cependant, je trouve qu'il donne quand même la possibilité de saisir ce dont l'étude va traiter et de quelle manière. Il offre un début de résultats qui attire tout de même le lecteur à trouver le sujet intéressant et à lire la recherche.</p>	<p>de Victoria</p> <p>Résultat : Il y a des lacunes de connaissances et de compétences dans la gestion et l'évaluation des problèmes d'alcool et de drogues, mais le niveau général est tout de même adéquat.</p> <p>Conclusion : Des programmes spécifiques de formation pour améliorer les compétences et connaissances des infirmières peuvent être tout de même bénéfiques.</p>
<p>INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)</p>	<p>L'énoncé et l'importance du problème sont décrit en lien et à l'aide de la littérature et des études déjà réalisées. La recension des écrits est présente. Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel décrit dans cette étude. Les objectifs de l'étude sont clairement posés à la fin de l'introduction.</p>	<p>Je pense que l'introduction est très bien faite. En effet, elle apporte énormément de données concernant l'importance du problème de la drogue, de la prise en charge des patients et des attitudes négatives du personnel (malheureusement cela se rapporte surtout à l'Australie). De plus, toutes les données sont très bien recensées par la littérature et comparées. En</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Moins d'une personne sur 20 a confirmé l'utilisation régulière de drogue illicite en Australie (Institut de la santé et des affaires sociales en Australie, 1998) • La comorbidité est fréquente entre psychose et utilisation de drogue (cela a été

		<p>lisant cette introduction, on se rend compte de l'importance du problème et on comprend pourquoi il faut réaliser des études sur ce thème. On réalise aussi qu'il a des changements à entreprendre. En lisant l'introduction, j'ai eu envi de parcourir le reste de l'article.</p>	<p>documenté)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% de patients psychiatriques ont un problème avec l'utilisation de substance (Drake et al., 1993, Baigent et al., 1995) • Il a été prouvé que les personnes ayant des « troubles doubles » (psychiatrique + trouble de toxicomanie) sont plus difficiles à traiter (Lehmann et al., 1993) • Coles et al. (1992) : une connaissance accrue et meilleure est positivement corrélée à une attitude plus positive à l'égard de la toxicomanie. • Gerace et al. (1995) : infirmières sont souvent moralisatrices, stéréotypées et pessimistes sur le
--	--	---	--

			<p>thème de la toxicomanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières n'ont pas beaucoup de connaissances concernant l'utilisation de substances et ont souvent une attitude punitive et négative à l'égard des patients (Selleck et Redding, 1998) <p>Cette étude est faite dans le cadre d'un programme de formation qui a pour but d'améliorer la gestion des patients avec une maladie psychiatrique et un trouble de l'addiction.</p> <p>Objectifs : déterminer le niveau actuel des connaissances des infirmières sur le sujet de l'alcool et la toxicomanie / évaluer les attitudes, croyances et compétences des infirmières face aux troubles addictifs / créer des données de référence pour développer un programme de formation</p>
--	--	--	--

			pour les infirmières de Victoria
METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)	Les objectifs de l'enquête sont répétés. Le contexte et l'échantillon sont expliqués par les auteurs. La manière dont les données sont récoltées est présente (questionnaire + base du questionnaire). L'analyse des données est explicitée par les auteurs. Le déroulement, la rigueur et l'éthique n'ont pas été développés ont profondeur par les auteurs mais des informations sont quand même présentes (lettre de renseignement, anonymat). La méthode se présente en plusieurs paragraphes, mais aucun sous-titre n'est présent.	Par ma part, les auteurs ont décrit la méthode de manière succincte mais toutes les informations nécessaires à la compréhension de leur démarche sont présentes. La base du questionnaire et les outils pour analyser les données sont présents. Je trouve la méthode assez claire et précise et je n'aurais pas besoin de plus d'informations. Je trouve dommage que les auteurs n'aient pas mis de sous-titres (échantillon, collectes des données, ...), à mon avis cela structure le texte et aide parfois à la compréhension.	<ul style="list-style-type: none"> • Au début les auteurs font un descriptif des établissements et études en cours en lien avec le thème de la recherche à Melbourne et Victoria. • La première étape a été pour les chercheurs d'établir le contact avec les gestionnaires des équipes • Réalisation du questionnaire : basé sur le travail d'Evans (1997) et Chappel et al. (1985) / l'objectif du questionnaire était d'obtenir des données sur les attitudes, les croyances et les compétences des infirmières en lien avec l'usage de substances / a été mis à l'essai (20 cliniciens) • Questionnaire a été

			<p>distribué à main, accompagné d'une feuille d'informations sur l'enquête / 380 distribués (au total 378 employés dans les établissements dont 302 infirmières) / 134 questionnaires retournés pour les soins infirmiers (taux de réponse de 44,3%)</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des données : Statistical Package for Social Sciences (SPSS) / statistiques descriptives / Pearson chi-squared / signification statistique a été pris en charge à $p \leq 0.05$
RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)	Les auteurs ont traité toutes les données récoltées dans les questionnaires. Ils les ont présentés en 4 chapitres (caractéristiques des participants /connaissances sur l'usage de substances /compétences et pratiques	Pour ma part, les résultats sont très bien présentés. Le fait que les auteurs aient chaque fois mis les chiffres en pourcent permet une meilleure vision du résultat. Les tableaux récapitulatifs sont aussi très clairs et pertinents. Ces	Caractéristiques des répondants : 47,8% d'hommes et 52,2% de femmes / 71,7% avec plus de 10 ans d'expérience de travail (+Cf. Tableau 1) Un certain nombre des

	<p>régulières / connaissances et compétences perçues) et ils ont associé pour chaque catégorie de résultats un tableau récapitulatif. Tous les résultats sont notés ainsi : nombre de participants à avoir dit cela sur les 134 et toujours accompagnés du chiffre en pourcent.</p>	<p>résultats ne répondent pas réellement à ma question de recherche mais ils me seront indirectement utiles pour appuyer l'importance du problème et mes résultats.</p>	<p>résultats fournis par cette étude concerne aussi la dépendance à l'alcool. Ces résultats sont intéressants mais j'ai décidé de ne pas les présenter ci-dessous car ils ne concernent pas directement mon thème. C'est pourquoi je vais ressortir uniquement les résultats en lien avec l'utilisation de drogue.</p> <p>Connaissances sur l'usage de substances : 62% savent que l'agitation et l'insomnie sont des signes d'intoxication aux amphétamines / 88,8% savent que la naloxone (Narcan) est l'antidote de l'héroïne → dans ces résultats il n'y a pas de différences significatives entre hommes et femmes (+Cf Tableau 2)</p> <p>62 % des infirmières connaît correctement le diagnostic de la dépendance à une substance (nécessité de quantités toujours plus grandes afin d'obtenir l'effet de</p>
--	---	---	--

			<p>la substance) (+Cf Tableau 3)</p> <p>Compétences et pratiques régulières : 24,6% des répondants pensent que la prise en charge des patients atteints d'une maladie mentale et d'un trouble lié à une substance est adéquate / 43 % des répondants disent avoir à faire avec ce genre de patients 1 à 2 fois par semaine / 17 % des répondants ont dit n'avoir pas l'expertise et la formation pour faire face aux clients qui consomment et 46,2 % déclarent qu'il y a une pénurie des établissements traitant des problèmes de toxicomanie (+Cf Tableau 4)</p> <p>La majorité des infirmières ont dit toujours prendre en compte l'histoire de la consommation d'une substance (sauf le tabac) (+Cf Tableau 5)</p> <p>Connaissances et compétences perçues :</p> <p>Seulement 23,7% des</p>
--	--	--	---

			<p>répondants pensent être très bien renseignés sur l'identification et la gestion des abus de substance, contre 62,7 % à dire être modérément compétents (majorité dit ne pas être très bien informée, mais être modérément compétente) / 1/5 des infirmières ont avoué avoir peu de connaissances sur l'utilisation de substances et des dépendances (+Cf Tableau 6)</p> <p>La majorité des répondants est moyennement compétente dans le traitement de la drogue (seulement 21,4% ont dit être très compétents) / compétences perçues très faible → dans la gestion de la désintoxication 3,1%, compétence dans la gestion continue 3,1 %, compétence dans la prévention des rechutes 5,3%, compétence dans la gestion d'overdose 7,6% /compétences perçues comme modérées → 68,7 % disent avoir la compétence</p>
--	--	--	---

			<p>d'identifier les problèmes liés à une substance, 60,3 % dans l'évaluation, 51,1% dans une brève intervention, 48,1% dans l'entretien motivationnel, 43,5% dans la prévention des rechutes, 45% dans la gestion de l'overdose (+Cf Tableau 7)</p> <p>Rôle des infirmières : évaluation (80%), renvoi vers d'autres services (94,7%) et gestion (54,6%). (+Cf Tableau 8)</p>
<p>DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)</p>	<p>Dans la discussion les auteurs reprennent les principaux résultats. En lien avec ces résultats, l'importance du problème est ressortie par les auteurs et l'utilité de formations est appuyée.</p>	<p>Cette discussion reprend vraiment les résultats mais ils ne sont pas mis en lien ou argumentés avec la littérature ou d'autres études. Le fait qu'il faut offrir des programmes de formation aux infirmières est le principal point ressorti de la discussion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des niveaux adéquats ont été trouvés par les infirmières concernant les connaissances et les capacités de résolution de problèmes liés aux substances. • La plupart du personnel dit que les patients avec un double diagnostic ne sont pas suffisamment bien gérés en lien avec le manque de formation et le manque de services adéquats et

			<p>disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un niveau modéré dans l'identification et la gestion des patients dépendants a été relevé par les infirmières → nécessité de formation (identification du sevrage, gestion des désintoxications, ...). • Il est évident que les compétences dans le traitement de la toxicomanie sont modestes. • La presque totalité des répondants ont envi d'en savoir plus sur les problèmes de drogue. • Les infirmières seraient heureuses d'avoir des formations continues. • En conclusion, cette étude nous amène à dire que des programmes de
--	--	--	---

			formation et d'éducation sur les problèmes d'utilisation de substances sont nécessaires et doivent être offerts aux infirmières.
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	Cette étude est très bien présentée avec différents chapitres. Les tableaux des résultats sont bien faits et clairs. Le texte est aéré et facile à lire. De manière générale, cet article répond aux critères d'une bonne étude.	J'ai apprécié lire cette étude car elle n'était pas trop longue et j'ai trouvé que les auteurs allaient directement à l'essentiel. Pour ma part, c'est une bonne étude qui peut m'apporter des données pour mon travail. Le fait qu'elle concerne que les infirmières est bien (cependant qu'en Australie). Il a été très intéressant pour moi de découvrir ces résultats et j'ai tout de même été « choquée » du manque de formation que les infirmières ont en toxicomanie. Encore une fois cela montre que c'est tout de même une discipline à part et une spécialité.	

Références de l'article analysé : Burnard P., Edwards D., Fothergill A., Hannigan B. & Coyle D. (2000) **Community mental health nurses in Wales : self-reported stressors and coping stratégies.** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7 : 523-528

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Dans le titre, les auteurs mentionnent la population, le contexte/setting et lieu géographique où l'étude a eu lieu.	Pour ma part, le titre est bon. En effet, en le lisant, on sait tout de suite que l'étude va traiter des facteurs de stress et des stratégies d'adaptation. De plus, on apprend aussi qu'elle va concerner les infirmières communautaires en santé mentale au pays de Galles. Il est clair, précis et pas trop long.	Infirmières communautaires de santé mentale au pays de Galles : auto-déclaration des facteurs de stress et des stratégies d'adaptations
AUTEURS	Ils sont au nombre de cinq et viennent de de l' <i>University of Wales College of Mececine, UK</i> . Ils sont soit professeurs, soit chercheurs ou soit conférenciers (écoles de soins).	En lien avec les références des auteurs, je pense que ce sont de bons auteurs et qu'ils ont des connaissances dans le domaine des soins infirmiers pour réaliser cette étude.	
RESUME	Il contient des informations sur l'introduction, les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion. Il se présente en	Selon moi, le résumé est très bien et il n'est pas trop long. En lisant, on comprend tout de suite l'essentiel de l'étude et	Introduction : il y a un certain nombre d'études qui ont déjà traité du stress au travail / souvent des études pas très

	<p>un seul paragraphe. Dans ce résumé, l'objectif est posé plus clairement dans la « partie méthode » que dans la « partie objectif ».</p>	<p>on peut savoir si elle nous intéresse. Les auteurs ont très bien su y mettre les données essentielles et nécessaires.</p>	<p>représentatives (petits échantillons – infirmières = sous-ensemble)</p> <p>Objectif : Cette étude a été conçue afin d'aborder la question du stress et des stratégies de coping chez les infirmières en santé mentale.</p> <p>Méthode : la totalité des infirmières du pays de Galles (N=614) / 49% de réponses / questionnaire pour mesurer le stress, l'épuisement professionnel et les stratégies de coping / objectif : identifier les facteurs de stress en milieux de travail et enquêter sur les méthodes pour y faire face</p> <p>Résultats : résultats de trois questions / facteurs de stress les plus fréquents (charge de travail,...) / stratégies d'adaptation (soutien,...)</p> <p>Conclusion : les facteurs de stress ont un rôle important sur le niveau de stress / réseaux</p>
--	--	--	--

			de soutien informel sont préférés
INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)	L'énoncé du problème est clairement explicité à l'aide de la littérature. La recension des écrits est présente ; les auteurs citent de nombreuses études déjà réalisées sur le sujet et les problèmes méthodologiques en lien avec ces études. L'objectif est à nouveau posé. Il n'y a pas de concepts ou cadres de référence développés dans l'introduction.	L'introduction n'est pas très longue, mais elle permet de se faire une bonne idée du problème et elle amène des informations sur les études déjà réalisées. On comprend aussi pourquoi les auteurs ont tenu à faire cette étude. A mon avis, les auteurs auraient pu développer le concept de l'épuisement professionnel de Maslach et Jackson ; cela aurait amené des connaissances en plus et une explication de ce qu'est le burnout.	<ul style="list-style-type: none"> • Il est prouvé que les infirmières en santé mentale souffrent d'épuisement en lien avec le travail (Parahoo, 1991,..., Drake & Brumblecombe, 1999) • Rees & Smith (1991) : infirmières en santé mentale ont le plus haut degré de stress au sein des professions d'aide • Les infirmières en santé mentale ont des stress supplémentaires en comparaison avec les infirmières générales (somatique) (Sutherland et Cooper, 1990 / Dunn et Ritter, 1995) • Les études précédentes sur le thème sont limitées en lien avec divers problèmes

			<p>méthodologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour remédier à cela, cette étude a été réalisée pour étudier toute la population du pays de Galles en soin infirmiers communautaires de santé mentale / année 1998-1999 / les chercheurs ont utilisé des mesures validées
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>Le devis de recherche n'est pas clairement posé mais on sait en lisant la méthode que c'est une étude qualitative. La population (échantillon) et le contexte sont cités. Les auteurs mentionnent le fait que la collecte des données a été faite par questionnaires mais n'expliquent pas la méthodologie détaillée et de l'analyse de toutes les données ; ils nous renvoient à un autre document. Pour terminer, nous apprenons que cette étude porte que sur l'un des questionnaires</p>	<p>La méthode est vraiment décrite en quelques mots par les auteurs. On arrive comprendre l'essentiel, cependant on n'a pas toutes les informations car les auteurs nous renvoient à un autre texte. Je n'apprécie pas le fait que les auteurs citent tous les questionnaires qui ont été distribués mais qu'ils ne présentent les résultats que d'un des questionnaires. En lisant cette méthode, j'ai été très déçue. De plus, je n'ai pas réussi à me procurer l'étude dans laquelle la méthodologie</p>	<p>Echantillon : 614 infirmières communautaires de santé mentale de 10 établissements psychiatriques / 49 % de taux de réponses (301 questionnaires)</p> <p>Description détaillée de la méthodologie et de l'analyse des données : Edwards et al. (2000)</p> <p>Distribution de livret de questionnaires : questionnaire démographique, le <i>General Health Questionnaire</i> GHQ-12 (Goldberg et Williams, 1988),</p>

	<p>(questionnaire démographique à trois questions) ; les questions sont citées par les auteurs. L'analyse des données de ce questionnaire est bien décrite après ce chapitre. Dans la méthode, les auteurs ne parlent pas de la rigueur et de l'éthique de la recherche.</p>	<p>est détaillée et les autres résultats cités.</p>	<p>le <i>Maslach Burnout Inventory</i> (Maslach et al., 1996), le <i>Modified Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Wyckherly, 1987), le <i>CPN Stress Questionnaire</i> (Brown et al., 1995) et le <i>PsychNurse Coping Questionnaire</i> (McElfatrick et al., 2000)</p> <p>L'étude ne présente que les résultats du questionnaire démographique.</p> <p>Trois questions du questionnaire démographique : quels sont les trois choses qui vous causent le plus de stress ? / la chose la plus stressante au travail le mois dernier ? / qu'est-ce qui vous aide à faire face à ce stress au travail ?</p> <p>Analyse : réponses soumises à une analyse de contenu thématique (Brunard, 1991) / données revisitées et codées à l'aide du système de catégories</p>
--	--	---	---

<p>RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)</p>	<p>Les données des trois questions ont été traitées par les auteurs. Ils ont présenté les résultats en 3 sous-chapitres (en lien avec les 3 questions) et ils ont classé les réponses en 2 catégories (ce qui est en lien avec les patients et ce qui n'est pas en lien avec les patients). Dans le texte, ils ont cités les principaux résultats (les réponses qui sont le plus ressorties). Il y a aussi 3 tableaux récapitulatifs de tous les résultats présentés en nombre (n=), en pourcentage et par ordre d'importance.</p>	<p>Les résultats sont bien présentés par les auteurs. Je me suis surtout basée sur les tableaux récapitulatifs pour ressortir le principal. Je trouve dommage que les auteurs n'aient pas mis de données sur les caractéristiques de l'échantillon. Ils vont tout à fait m'aider pour répondre à ma question de recherche.</p>	<p>Sources de la plupart du stress : au total 691 facteurs de stress ont été identifiés (+Cf Tableau 1)</p> <p>Liés aux patients : admission des patients à l'hôpital / clients difficiles et agressifs / l'évaluation des patients / non-compliance aux médicaments / les automutilations des patients / les interventions de crise</p> <p>Pas liés aux patients : charge de travail / surcharge de travail / manque de supervisions /travail administratif / pauvres ressources / travail avec les autres disciplines et l'équipe</p> <p>Les sources de stress au fil du temps : un total de 257 facteurs identifiés</p> <p>Liés aux patients : non-participation / difficultés dans les références (relation avec le patient)/ compliance aux médicaments / sécurité des patients / inquiétude face à la</p>
---	--	--	---

			<p>sécurité des infirmières / faire face aux comportements suicidaires</p> <p>Pas liés aux patients : charge administrative / changement dans l'équipe / problèmes interpersonnels (avec membres de l'équipe ou de la direction) / travail de veille / arrêts maladies et congés (assurer) / volume de la charge du travail</p> <p>Les stratégies d'adaptation : au total 663 facteurs ont été identifiés</p> <p>Voici les principales stratégies : qualités et méthodes personnelles → être capable de se détendre, avoir confiance et la croyance en ses propres capacités, sens de l'humour (moyen de dissiper le stress), religion ou conviction spirituelle / soutien des collègues et autres personnes (42,9%) / supervision / intérêts et hobbies en dehors du job / vie privée « heureuse » /</p>
--	--	--	--

			approches personnelles (relaxation,...) / bonne organisation et administration / expérience / connaître son rôle / éducation et formation / la capacité de « switcher » en fin de journée / bonnes connaissances du patient / bon environnement de travail / flexibilité / être capable de prendre du temps (pause...)
DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)	Les principaux résultats sont discutés par les auteurs et mis en lien avec la littérature ou des études précédentes. Les pistes d'actions nécessaires et principales sont aussi ressorties par les auteurs et comparées avec la littérature. Les limites de l'étude sont indiquées à la fin de ce chapitre. Après la discussion, on trouve une conclusion.	Pour ma part, je trouve la discussion très bien construite. En effet, il me semble que les résultats principaux ressortent vraiment bien et qu'ils sont plus explicites. De plus, ils sont à chaque fois argumentés et appuyés par la littérature et je trouve cela très intéressant. Pour terminer, on entrevoit déjà les perspectives et actions à faire pour faire évoluer la « résolution du problème ». J'apprécie la conclusion car l'importance du problème est à nouveau soulignée et les auteurs disent qu'ils vont encore approfondir	<ul style="list-style-type: none"> • Deux catégories de sources de stress : liées aux patients et pas liées aux patient. • Les aspects les plus stressants sont souvent la charge de travail trop élevée, les papiers administratifs et la gestion (Carson et al., 1995) → cela correspond avec les résultats de cette étude. • Il faut réduire la taille de la charge de travail / nombre de cas de taille gérable (Wattereus,

		leurs recherches.	<p>1994) / mais des études ont montré que la réduction de la charge de travail n'est pas nécessairement la solution à la réduction du stress de personnel / Holloway et al. (1996) : équilibrer le nombre de cas (patients avec problèmes graves et patients plus stables) →partage des responsabilités</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'une des principales causes de stress est aussi la relation avec les patients (surtout avec les patients difficiles à gérer). • La violence (agressions) est aussi une source de stress → cela peut amener à des périodes d'absence au travail (Wykes, 1992) / le soutien social aide beaucoup à faire face
--	--	-------------------	---

			<p>au stress de la violence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien social = moyen de modérer le stress • Stratégies d'adaptation : soutien par les pairs (aussi en dehors du boulot), démarches personnelles (relaxation, croyance,...), bonne capacité de communication, réception de la supervision clinique / être supervisé = déstressant / vie familiale heureuse / bonnes compétences administratives et organisationnelles / expérience de la vie par l'âge et la maturité / éducation et formation continue • Les pratiques informelles sont privilégiées et peu favorisent la supervision
--	--	--	---

			<p>clinique. Cela a été corroboré à d'autres études (Trygstad, 1986, Sullivan, 1993,...) → la stratégie favorisée est le soutien des collègues et autres professionnels (en lien avec le contact de tous les jours et capacité de réunions informelles dans le bureau ; facilité de l'accès au soutien)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La supervision clinique n'est pas favorisée mais est pourtant un bon moyen de réduire le stress (Bishop, 1998). Elle aide à traiter les nombreuses difficultés (défis) qu'il y a dans la pratique (augmentation du sentiment de soutien et bien-être personnel, élevé le moral du personnel et la satisfaction et donc diminution des maladies et absence du
--	--	--	--

			<p>personnel (Butterworth et al., 1998)).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halberg et Norberg (1993) : surveillance clinique = confiance accrue et diminution de l'incidence de la tension émotionnelle et de l'épuisement professionnel. • Berg et al. (1994) : la supervision a aussi des effets bénéfiques en matière d'amélioration de la créativité et de l'épuisement professionnel. • Pourquoi dans cette étude la supervision clinique n'a pas été favorisée ??? • Bishop (1998) : il y a de nombreux problèmes dans la mise sur pied des supervisions cliniques (charge de travail croissante,
--	--	--	---

			<p>manque de temps car pénurie de personnel et activités accrues de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limites : retour de 49% / analyse du contenu des données textuelles est un procédé plutôt subjectif • Conclusion et recommandations : importance du problème → effets du stress sont nombreux (taux d'absentéisme élevé, faible rendement, réduction de la satisfaction, problèmes physiques ou mentaux, roulement du personnel...) / préférence du soutien informel au lieu du soutien formel → comment faire meilleur usage des réseaux informels ? / chercheurs vont continuer les recherches afin
--	--	--	--

			d'approfondir le thème
GENERALITES (présentation / évaluation globale)	L'étude est bien présentée à l'aide de chapitres et sous-chapitres. Le texte est aéré et des tableaux sont présents pour les résultats. Cet article a les critères principaux pour un texte scientifique. L'échantillon est grand et l'étude n'est pas trop vieille (2000).	Cette étude va mettre très utile pour répondre à ma question de recherche. Je trouve que les auteurs font bien ressortir l'importance du problème et argumentent avec la littérature et d'autres études. J'ai tout de même été déçue de la description de la méthode et du fait qu'il n'y ait que les résultats d'un questionnaire. C'est bien car l'échantillon concerne que des infirmières en santé mentale et qu'il est passablement grand. En conclusion c'est une bonne étude et elle montre qu'il est important de poursuivre les recherches afin d'améliorer au mieux le problème.	

Références de l'article analysé : Fagin L., Carson J., Leary J., De Villiers N., Bartlett H., O'Malley P., West M., McElfatrick S. & Brown D. (1996) **Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses : Findings from three research studies.** *International Journal of Social Psychiatry* 42 (2) : 102-111

	CONSTATS (objectif)	REMARQUES (subjectif)	RESUME /ARGUMENTATION
TITRE	Dans le titre, on trouve la population et le contexte/setting. On sait aussi que les résultats seront ceux de trois études déjà faites.	Le titre est clair et précis. En le lisant, on sait tout de suite de quoi va traiter l'article. Il n'est pas trop long et pertinent.	Stress, adaptation et épuisement professionnel chez les infirmières en santé mentale : conclusions de trois études de recherche.
AUTEURS	Ils sont au nombre de 9. Ils ont tous des références en lien avec la psychiatrie, la psychologie, les soins infirmiers. Trois étudiants en psychologie ont pris part à l'étude ; les 6 autres auteurs sont « qualifiés ». Ils viennent pour la plupart d'Angleterre.	En me référant aux informations fournies concernant les auteurs, je pense que ce sont de bons auteurs et qu'ils ont des compétences dans la recherche et dans le domaine traité dans cette étude.	
RESUME	Le résumé est en un seul paragraphe. Il contient une première partie, qui décrit succinctement la raison de l'étude et la manière dont a été faite l'étude, et une deuxième partie, qui rapporte les	Dans ce résumé, on ne retrouve pas l'introduction, l'objectif, la méthode, les résultats et la discussion comme dans la majorité des autres études. Cependant, on comprend tout de même bien	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de trois études réalisées sur le stress, l'adaptation et l'épuisement professionnel chez les infirmières de santé

	principaux résultats et interventions à faire (« méthode et discussion /conclusion).	en quoi concerne l'étude et les informations sont suffisantes pour avoir de l'intérêt pour cette recherche. Mais j'apprécie davantage lorsqu'on retrouve « tout » dans le résumé.	mentale <ul style="list-style-type: none"> • Récoltes de données à l'aide de questionnaires • Principaux facteurs de stress : pénurie de personnel, changement de services de santé, pauvre moral • Confirmation que le stress est un problème important dans le service de santé mentale • Besoin de modèle de processus de stress afin d'identifier les variables modératrices réduisant l'impact des facteurs de stress sur les infirmières • Réaliser des interventions de gestion du stress pour le personnel • Description d'un modèle par les auteurs qui aide à comprendre le
--	--	---	---

			processus stress et réduction du stress
INTRODUCTION (énoncé du problème / recension des écrits / cadre théorique et conceptuel / question de recherche-objectif)	<p>Dans l'introduction, les auteurs expliquent en quelques mots les changements qu'il y a eu dans les soins psychiatriques ces dernières années et font un lien avec l'augmentation du stress au travail. Ils s'appuient sur la littérature et les études précédentes. La recension des écrits est présente. L'importance et l'énoncé du problème sont alors présents. Il n'y a pas de cadres théoriques ou concepts explicités dans cette introduction. L'objectif de cette étude et les objectifs des trois études sur lesquelles se basent cette dernière sont posés.</p>	<p>L'introduction est passablement courte mais on se rend bien compte de l'importance du problème et j'apprécie que les auteurs posent des hypothèses sur les raisons de l'augmentation du stress (en se basant sur la littérature). La recension des écrits est faite et je retrouve « la même chose » dans chaque étude : très peu de recherches faites sur le thème de l'épuisement des infirmières en santé mentale en comparaison des infirmières générales (cela me surprend).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins infirmiers en santé mentale ont subi beaucoup de changements au cours des 20 dernières années (Nolan, 1993). • Changements radicaux dans les rôles des infirmiers (en Amérique, Grande-Bretagne et ailleurs dans le monde) → fermeture des grands asiles, ouverture de plus petits centres, développement rapide dans les soins infirmiers (Weller, 1993) • Tous ces changements et aussi le changement de la nature des troubles mentaux peuvent être une raison de l'augmentation du stress professionnel. • Il n'y a pas beaucoup

			<p>d'études sur le stress des infirmières en santé mentale en comparaison avec les infirmières générales (Grey-Toft & Anderson, 1981)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette étude souhaite examiner le stress dans les services de santé mentale en lien avec le contexte de changements qu'il y a eu ces dernières années. • Aujourd'hui, il y a trois études qui ont été menées et les auteurs se basent sur ces études pour réaliser cet article • 1^{ère} étude : le Calbury CPN Stress Study / stress et coping, comparaison régionale entre infirmières communautaires et
--	--	--	---

			<p>dans les services</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2^{ème} étude : stress et coping des infirmières qualifiées de deux grands asiles • 3^{ème} étude : stress et coping du personnel de deux hôpitaux psychiatriques de régions différentes • Echantillon combiné (trois études) = 648 infirmières (le plus grand pas encore publié)
<p>METHODES (tradition et devis de recherche / population et contexte / collecte des données et mesures / déroulement de l'étude / rigueur)</p>	<p>Dans la méthode, les auteurs décrivent la manière de récolte des données pour les trois études. La population et le contexte sont succinctement cités. Les différents questionnaires utilisés dans les trois études sont bien décrits. On ne retrouve pas dans ce chapitre la manière dont a été analysé les données récoltées et ni toutes</p>	<p>La méthode est décrite très succinctement par les auteurs. Je pense que cela est dû au fait que la présente étude examine les résultats de trois études déjà faites. Pour ma part, leur démarche me paraît très claire, cependant je trouve qu'ils auraient pu plus développer ce chapitre. Par contre, j'apprécie que chaque questionnaire soit expliqué,</p>	<p>Des questionnaires d'auto-évaluation ont été utilisés dans les trois études. Les voici :</p> <p>Questionnaire démographique : 23 éléments / sexe, âge,...</p> <p>General Health Questionnaire : deux scores sont obtenus : score total et score de constitution de cas / évalue le niveau de détresse</p>

	les informations concernant la rigueur et l'éthique.	cela permet de les connaître et les comprendre.	psychologique Maslach Burnout Inventory : l'indicateur le plus valide et le plus fiable pour évaluer le burnout / constitué des 3 sous-échelles (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel) DeVilliers Carson Leary Stress Scale : 30 items / réalisé spécifiquement pour les services de psychiatrie Cooper Coping Skills Scale : 28 items sur la capacité d'adaptation / 6 sous-échelles (aide sociale, stratégies de travail, logique, relations domicile-travail, gestion du temps et participation)
RESULTATS (traitement des données / présentation des résultats)	Les données de tous les questionnaires ont été traitées. Pour chaque questionnaire, les auteurs ont comparé les résultats des trois études. Dans tableaux récapitulatives des résultats sont aussi	Je trouve que les résultats sont bien présentés à l'aide des tableaux ; il y a pour chaque questionnaire un « résumé » des résultats et le tableau avec toutes les valeurs. Ces résultats sont	Caractéristiques des participants : pour les 3 études → répartition par sexe, marié ou en concubinage, moyenne d'âge, temps de travail dans les soins infirmiers et temps au poste actuel / Cf.

	<p>présents pour chaque questionnaire. Les résultats sont présentés en nombre (n=), en pourcentage, à l'aide de p, de l'écart-type et d'autres symboles d'outils d'analyse de données (chi-square, la valeur H,...→ afin de voir si cela est significatif).</p>	<p>vraiment la comparaison entre ces trois études donc cela ne m'apporte pas énormément de réponse pour ma question de recherche, mais cela prouve quand même qu'il y a de l'épuisement professionnel chez les infirmières en santé mentale et qu'il faut connaître et avoir des stratégies de d'adaptation pour y faire face.</p>	<p>Tableau 1 (pour détails en pourcent)</p> <p>Mesures du stress :</p> <p><i>General Health Questionnaire :</i></p> <p>moyenne globale = 3,77 / le personnel de la 3^{ème} étude avait un niveau clairement plus élevé de détresse psychologique</p> <p><i>DCL Stress Scale :</i></p> <p>parmi les 30 items du questionnaire, les points les plus stressants sont : insuffisance des effectifs dans la couverture des situations potentiellement dangereuses / faire face à des changements dans le service et les fermetures d'hôpitaux / moral bas et atmosphère pauvre au sein de l'organisation / pas assez d'informations concernant les changements avant qu'ils aient lieu / savoir que certains soins individuels aux patients sont sacrifiés en raison du manque de</p>
--	---	--	---

			<p>personnel / absence de consultation de la direction en lien avec les influences des changements structurels (ex : rotation interne) / + Cf Tableau 2</p> <p><i>Tabac, alcool et absence :</i></p> <p>Pas de différences significatives concernant la fumé entre les 3 études / différence significative dans la consommation d'alcool → infirmières de la 3^{ème} étude consomment plus que celles de la 1^{ère} et 2^{ème} / l'étude 3 a le taux le plus élevé d'absence pour maladies / + Cf Tableau 3</p> <p>Stratégies de coping : Les infirmières de la 3^{ème} étude ont le plus faible score de compétences d'adaptation sur pratiquement toutes les dimensions (soutien social, ...), ce qui montre une plus faible utilisation des stratégies d'adaptation → la baisse du score de compétences d'adaptation est associée à un</p>
--	--	--	--

			<p>niveau de stress plus élevé / +Cf Tableau 4</p> <p>Burnout : les groupes des 3 études diffèrent de manière significative seulement sur la dépersonnalisation / l'étude 3 avait le plus haut score concernant la dépersonnalisation / concernant les scores d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel, il n'y avait pas de grandes différences entre les trois études / + Cf Tableau 5 et 6</p>
<p>DISCUSSION (intégration de la théorie et des concepts / perspectives)</p>	<p>Dans la discussion, les auteurs reprennent les principales et les plus significatives comparaisons trouvées entre les 3 études. Par la suite, ils citent aussi les limites de l'étude et les actions à entreprendre à l'avenir pour les diminuer et avoir des résultats encore plus précis et significatifs. Pour terminer, les auteurs présentent un modèle dans lequel les principaux facteurs de stress et les</p>	<p>Les auteurs discutent des diverses comparaisons entre les 3 études et ils expliquent aussi longuement les limites de l'étude et les raisons de ces limites ; je ne trouve pas cela forcément très utile pour mon propre travail. Cependant, je considère que le modèle que les auteurs présentent à la fin est très utile pour répondre à ma question de recherche. Pour ma part, je ne trouve pas cette discussion très bien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concernant tout l'échantillon (infirmières des 3 études), il y a quand même 3 personnes sur 10 qui ont une détresse psychologique significative. • Les stratégies modératrices du stress inefficaces rendent les scores de stress plus

	<p>stratégies pour y faire face sont décrits. Les perspectives sont : plus de recherches sur le thème et tester empiriquement les résultats du modèle que les auteurs ont présentés.</p>	<p>construite.</p>	<p>faibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Limites » : faiblesse dans la méthodologie concernant l'échantillonnage (grand échantillon mais des différences entre les groupes : certains viennent de 2 hôpitaux, d'autres de 7 / caractéristiques des participants / fermeture imminente de 2 des hôpitaux) • 3 modérateurs principaux de l'épuisement : soutien social, robustesse et capacités d'adaptation (Duquette et al., 1994) → besoin d'examiner de manière approfondie l'efficacité de ceci sur le stress afin de guider les interventions de gestion du stress et d'élargir les connaissances sur le processus de stress
--	--	--------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Il serait utile de faire des études longitudinales que transversales. <p>Modèle du processus de stress : (Fagin & Bartlett, 1995)</p> <p>Il y a trois principales sources externes de stress : facteurs de stress au travail, les principaux événements de la vie (Holmes & Rahe, 1967) et les microstresseurs appelés aussi les tracas (Kanner et al., 1981). Ces facteurs de stress vont conduire à des résultats négatifs si la personne n'a pas assez de ressources pour les gérer. Ainsi, nous avons besoin d'un certain nombre de facteurs « adaptateurs » afin de faire face au stress : estime de soi (Turner & Roszel, 1994), le soutien social (Brugha, 1995), la robustesse (Kobassa & Puccetti, 1983), les habiletés d'adaptation (Carver et al., 1989), la maîtrise et le contrôle personnel (Pearlin et al.,</p>
--	--	--	---

			<p>1981), la stabilité émotionnelle (Eysenck & Eysenck, 1975) et une bonne libération psychologique de certains mécanismes (capacité de se détendre, exercer et conserver un sens de l'humour et la capacité de pouvoir se défouler de temps en temps).</p> <p>Ainsi les personnes avec de telles ressources personnelles disponibles auront de meilleurs résultats concernant le niveau de stress.</p>
<p>GENERALITES (présentation / évaluation globale)</p>	<p>Il s'agissait de la comparaison de 3 études. De manière générale, l'étude est bien présentée à l'aide de chapitres (en lien avec un article scientifique) et de tableaux pour les résultats. Elle est de 1996.</p>	<p>Dans sa globalité, je trouve l'étude plus ou moins intéressante pour répondre à ma question de recherche. En effet, les résultats comparant les 3 études ne vont pas m'être très utiles. Cependant, la discussion pourra me servir. J'apprécie beaucoup le modèle du processus du stress présenté à la fin. La recherche date de 1996, donc à mon avis elle est un peu</p>	

		<p> vieille et je pense que des études plus récentes « corrigent/répondent » les/aux limites que les auteurs ont citées dans l'étude et aux améliorations méthodologiques qu'ils envisageaient pour approfondir le sujet. </p>	
--	--	--	--